SDB Schlaganfalldatenbank

Die **Schlaganfalldatenbank** ist Bestandteil eines Versorgungssystems zur integrierten Schlaganfallbehandlung der AOK Hessen. Die Software besteht aus einer SQL - Datenbank und einer graphischen Benutzeroberfläche. Die Datenbank ist so ausgelegt, dass sowohl alle abgebildeten Behandlungsphasen im Zeitstrahl beliebig oft erfasst werden können (Abbildung der Patientenhistorie in Bezug auf Wechsel zwischen und innerhalb der Sektoren) als auch innerhalb einer Behandlungsphase die Basisdokumentation nicht limitiert ist (Beliebige Zahl von Diagnosen, Prozeduren, Erfassungen zur Qualitätssicherungen, Stationswechsel etc.). Die Datenbank ist modular aufgebaut und kann im Funktionsumfang individuell angepasst werden.

Das Programm eröffnet auch die Möglichkeit, die Behandlung durch Erinnerungsfunktionen zu steuern. So können Zeitpunkte, zu denen bestimmte Maßnahmen erfolgen sollen, vorgegeben werden. Allerdings wurde auf fest vorgegebene Abfragen weitestgehend verzichtet, so dass dem Anwender eine offene Erfassungsstruktur zur Verfügung gestellt wird in dem er analog zum Prozessverlauf umfassend dokumentieren kann.
Bei der Implementierung von Plausibilitätsprüfungen wurden die Grundsätze der Bundesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung berücksichtigt.

Bei Teilnahme an Projekten zur Qualitätssicherung erfolgt das Auslesen der benötigten Datenfelder nach entsprechenden Protokollen (z.B. Datensatz Qualitätssicherung Schlaganfall Hessen). Diese Daten stellen eine Teilmenge des gesamten Datensatzes dar. In ähnlicher Weise können die Datensätze etwa für Gruppierungszwecke (DRGs) generiert werden. Die ärztliche Dokumentation wird dadurch jedoch nicht reglementiert oder eingeschränkt. Die Vollständigkeit der Teilmengen ist sichergestellt.

Die retrospektive Erfassung von Behandlungsdaten erlaubt keine Steuerungsmöglichkeit, während eine prospektive und behandlungsbegleitende Erfassung von Patientendaten hingegen die Hinterlegung eines wissensbasierten Expertensystems ermöglicht, mit dem der Anwender – bis auf die Ebene des individuellen Patienten - in diagnostischen und therapeutischen Entscheidungsprozessen unterstützt wird.
In der Datenbank wird daher die Durchführung einer Schlucktestung angemahnt und somit gezielt die Einhaltung von Empfehlungen in der Anwendung vereinbarter Behandlungspfade überprüft. Im nächsten Schritt unterstützt das Expertensystem den Anwender bei der Identifizierung derjenigen Patienten, welche besonders von Schluckstörungen betroffen sind.

Der Ausschluss oder die Bestätigung einer solchen Störung ist dann eine aktive Aufgabe im Rahmen der Behandlung und wird über den entsprechenden Schlüssel des OPS dokumentiert.
Erfasst werden - angelehnt an den zeitlichen Ablauf - die regelhaft anfallenden Behandlungsdaten aus den folgenden Bereichen:

Persönliche Angaben	Stammdaten
Status vor akutem Ereignis	Lebensverhältnisse
	Funktioneller Befund (ADL, soziale Beeinträchtigung mRS), Früherer Schlaganfall
Akuter Befund	Symptombeginn
	Aufnahmezeitpunkt, präklinische Rettungskette
Neurologischer Befund	Barthel Index (BI), NIHSS, Rankin Index (mRS), Frühreha Barthel, SSS[1]-Störungen usw.
Zusammensetzung der Patientengruppe (case mix)	Begleiterkrankungen, Risikofaktoren, Komplikationen
Diagnostische Maßnahmen	CCT/MRT, TTE/TEE, TCD, Doppler, Angiographie, Schluck - Screening, EKG usw.
Therapeutische Maßnahmen	Medikation, Zugänge und Ableitungen, Sonden, Behandlungseinheiten,
Klassifikation	ICD-10, TOAST, Bildmorphologie
Behandlungsende	Sekundärprophylaxe, Entlassung/Verlegung, Funktioneller Befund, Neurologischer Befund

[1] SSS = Schluck-, Sprech-, Sprachstörungen

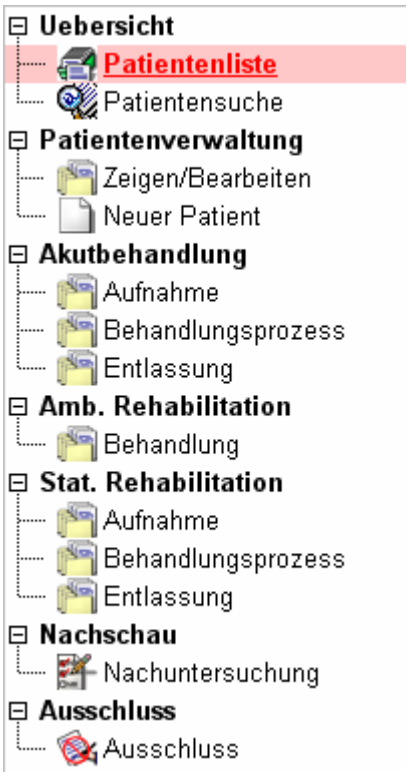
Anmeldung am System

Nach Doppelklick auf das Icon der SDB öffnet sich der Eingangsbildschirm. Auf der linken Seite werden die Benutzernamen gelistet, die durch Anklicken ausgewählt werden können. Danach kann das Kennwort in das Freitextfeld eingegeben werden.
Über Anklicken des Buttons <Anmelden> wird die SDB aktiviert.

Der **Eingangsbildschirm** ist nach Vorlage der gängigen Microsoft - Produkte gestaltet worden. Diese Produkte sind den meisten Benutzern vertraut und daher auch leicht bedienbar.

Was möchten Sie tun?

- Durch das Programm mit dem SDB-Explorer navigieren?
- Navigation und Systempflege über die Menüleiste
- Navigation und Systempflege mit der Symbolleiste



Auf der linken Bildschirmseite sind die einzelnen Menüpunkte im „Explorer – Format“ abgebildet. Sie ermöglichen das einfache Navigieren durch die einzelnen Programm - Module. In der obigen Abbildung sind alle derzeit erhältlichen Module und Funktionen der SDB abgebildet. Je nachdem, in welchem Bereich Sie die Schlaganfallpatienten betreuen, erhalten Sie aber nur das entsprechende Modul (Akutbehandlung, stationäre Rehabilitation, ambulante Rehabilitation, Nachschau), so dass ihr „SDB - Explorer“ von der nachfolgenden Abbildung abweichen kann.

Jedes Programm – Obermodul enthält einzelne Untermenüpunkte.

Der abgebildete Bildschirm zeigt im oberen Bereich die Menüleiste mit den folgenden Menüpunkten an:

- ☞ SDB V1.00b
- ☞ Patientenverwaltung
- ☞ Akutbehandlung
- ☞ Stationäre Rehabilitation
- ☞ Druckerverwaltung
- ☞ Info/Hilfe

Unter den einzelnen Menüpunkten haben Sie zusätzlich zum Explorer eine Möglichkeit, durch die einzelne Module zu navigieren. Außerdem können einzelne Funktionen zur Systempflege nur über die Menüleiste aufgerufen werden.

☞ SDB V1.00b

Datensätze exportieren
Mit dieser Funktion werden abgeschlossene Datensätze aus dem Programm exportiert:

- in die Masterdatenbank
- Aufbereitung des gqh - Datensatzes

Drucken
Bitte beachten Sie das Kapitel 'Druckfunktionalität'.

Programmeinstellungen
Der Menüpunkt „Programmeinstellungen“ wird aufgerufen, um neue Benutzer anzulegen.

Datensicherung
Der DV-Administrator Ihrer Klinik stellt die Datensicherung bei servergestützten Versionen ein.
Bei lokalen Anwendungen wählen Sie das Medium, auf dem die Daten gesichert werden sollen:

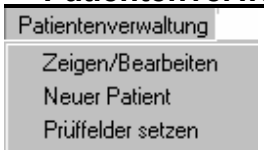
- Ihre lokale Festplatte
- Ein Bandlaufwerk

Abmelden
Sie können problemlos während der SDB - Sitzung einen Benutzerwechsel vornehmen. Rufen Sie hierzu unter dem Menüpunkt <SDB V1.00b> den Punkt „Abmelden“ auf. Sie befinden sich jetzt wieder im Eingangsbildschirm und können die Anmeldung durchführen.

Beenden

Mit dieser Funktion Beenden Sie das Programm.

☞ Patientenverwaltung



‚Zeigen/Bearbeiten' und ‚Neuer Patient'
Über Aufruf der Menüpunkte „Zeigen/Bearbeiten" und „Neuer Patient" können Sie analog zu der Möglichkeit im SDB - Explorer die Menüs des Moduls „Patientenverwaltung aufrufen".

Prüffelder setzen

☞ Akutbehandlung

Prüffelder bearbeiten und Verwaltung

☞ Ambulante Rehabilitation

☞ Stationäre Rehabilitation

☞ Nachschau

☞ Ausschluss

Navigieren
In den Menüpunkten Ambulante Rehabilitation, stationäre Rehabilitation, Nachschau und Ausschluss haben Sie die Möglichkeit, über die Menüleiste in den Modulen zu navigieren. Die einzelnen Module werden im Benutzerhandbuch ausführlich beschrieben.
Prüffelder bearbeiten

☞ Druckerverwaltung

Im Menüpunkt „Druckerverwaltung" haben Sie die Möglichkeit, den Ausdruck der einzelnen Patientenbelege zu konfigurieren.
Sie haben die Möglichkeit die Adresse Ihrer Klinik hier einzutragen, sowie eine Fußzeile zu generieren. Des Weiteren können Sie das Logo Ihres Klinikums einfügen.

Navigation durch die Eingabemasken: Symbolleiste

Die Symbolleiste unterhalb der Menüleiste bietet die Möglichkeit des Navigierens in den Hauptmasken aber auch das Pflegen von Auswahlfeldern.

☞ **Navigation**

Über den Button <Patientenliste> springen Sie in die betreffende Maske.

Über den Button <Zeigen/Bearbeiten> springen Sie in die betreffende Maske.

☞ **Pflege des Systems durch den Administrator**

Das Einpflegen von Abteilungen

und Stationen

ist ebenfalls über Betätigung der entsprechenden Buttons in der Symbolleiste möglich.

☞ **Pflege des Systems durch den allgemeinen Anwender**

Über die Button Krankenhäuser

und Ärzte

haben Sie die Möglichkeit, einweisende bzw. in zu verlegende Institutionen bzw. Hausärzte in das System einzupflegen, so dass Sie diese Ihnen in der Auswahl zur Verfügung stehen.

Die Druckfunktionalität

Sie haben die Möglichkeit, die gesamte angezeigte Patientenliste zu drucken oder den kompletten Datensatz zu einem Patienten auszudrucken.

Was möchten sie tun?

- Patientenliste drucken
- Einen einzelnen Datensatz zu einem Patienten drucken

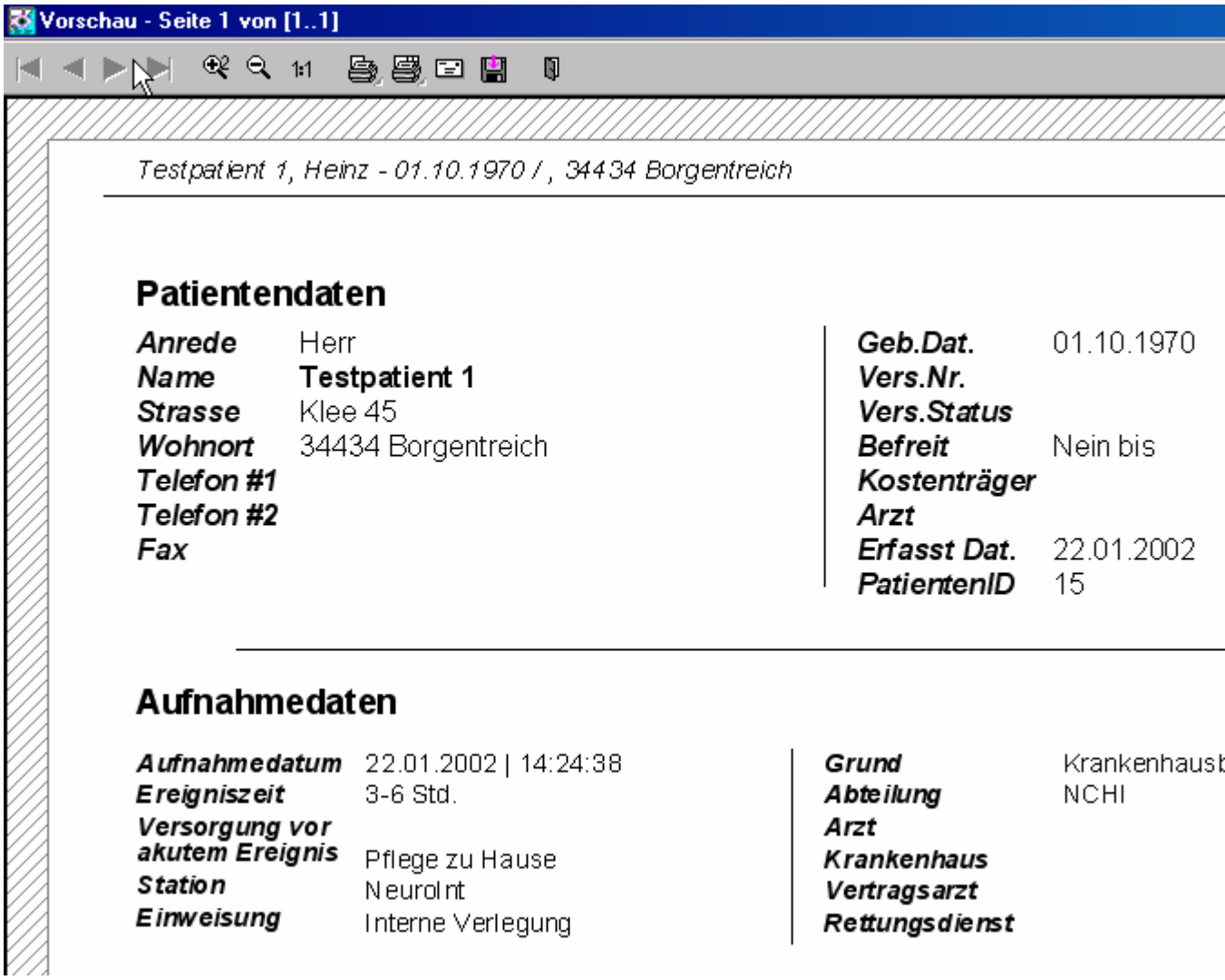
Um den Datensatz zu einem Patienten auszudrucken, markieren Sie den betreffenden Patienten in der Übersichtsliste.

Betätigen Sie dann den Button

in der Symbolmenüleiste.

Der Patentenausdruck kann auch zur Selbstkontrolle über der Vollständigkeit der Dateneingabe dienen.

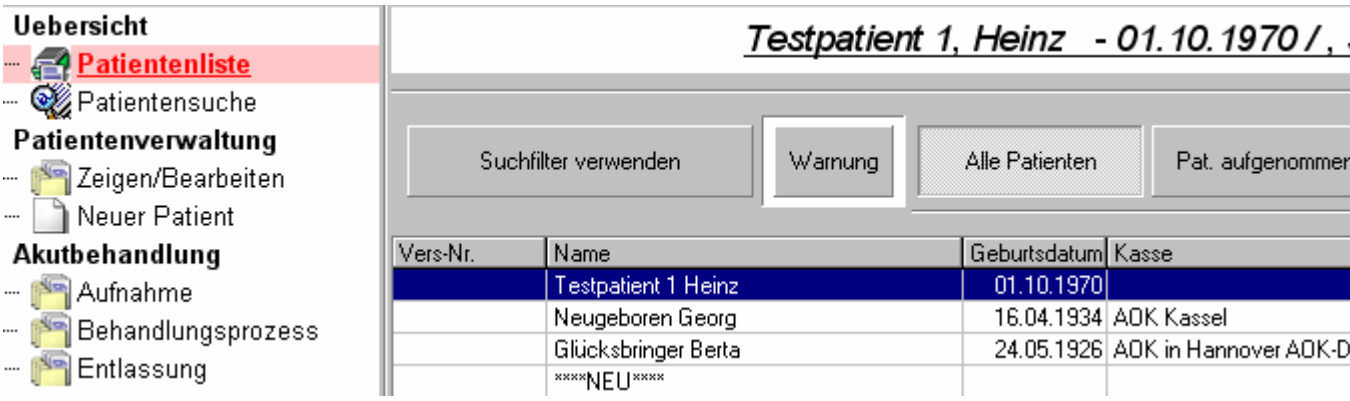
Vorschau



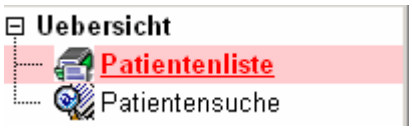
Symbolleiste

Befehl	Beschreibung
	Navigation (Ausgeblendet)
	Vergrößerung um Faktor 2

	Letzte Ansicht wiederherstellen
	Ganze Seite anzeigen
	Dargestellte Seite drucken, Rechte Maustaste - Druckerauswahl
	Alle Seiten drucken, Rechte Maustaste - Druckerauswahl
	Senden an ... (nicht funktioniert)
	Speichern als ...
	Beenden der Vorschau



Um die Übersichtsliste der Patienten zu drucken betätigen Sie den Button <**Liste drucken**>.

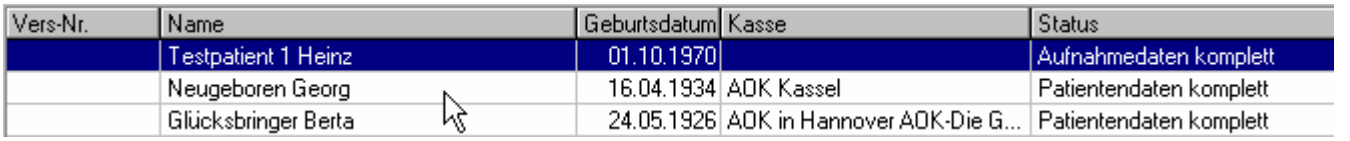


In dem Menüpunkt **Übersicht** können Sie zum Eingangsbildschirm mit der Patientenlsite navigieren und es gibt die Möglichkeit der Patientensuche.

Was möchten sie tun?

- Patienten ansehen
- Patienten nach einzelnen Suchkriterien filtern
- Patienten sortieren
- Patientendokumentation nach Vollständigkeit kontrollieren
- Patienten suchen

Der Menüpunkt **„Patientenliste“** entspricht der Maske des Eingangsbildschirms.



Vers-Nr.	Name	Geburtsdatum	Kasse	Status
	Testpatient 1 Heinz	01.10.1970		Aufnahmedaten komplett
	Neugeboren Georg	16.04.1934	AOK Kassel	Patientendaten komplett
	Glücksbringer Berta	24.05.1926	AOK in Hannover AOK-Die G...	Patientendaten komplett

Angezeigt werden für jeden Patienten die Versicherungsnummer, das Geburtsdatum, die Kassennummer und der Status der Dokumentation.

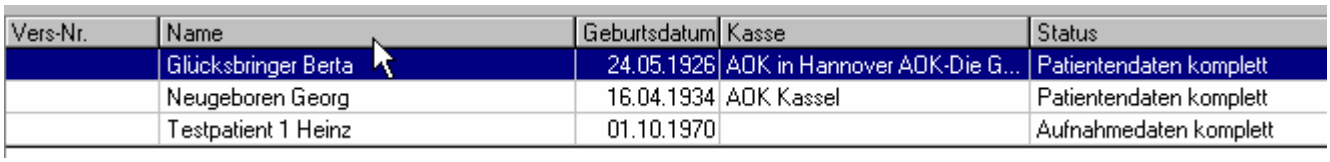
Was möchten sie tun?

- Patienten sortieren
- Status der Dokumentation anzeigen
- Patientendokumentation kontrollieren

Die Patientenliste kann über die vier Buttons gefiltert werden. Die Buttons entsprechen den Schnelltastebelegungen, die in dem Modul „Patientensuche“ festgelegt werden

Außerdem besteht die Möglichkeit, nach einzelnen Patienten über die Filterfunktion zu suchen.

TIPP: Einfaches Sortieren (alphabetisch nach Namen oder Status) erfolgt durch Doppelklick auf die Tabellenspaltenbeschriftung in der Patientenliste.



Vers-Nr.	Name	Geburtsdatum	Kasse	Status
	Glücksbringer Berta	24.05.1926	AOK in Hannover AOK-Die G...	Patientendaten komplett
	Neugeboren Georg	16.04.1934	AOK Kassel	Patientendaten komplett
	Testpatient 1 Heinz	01.10.1970		Aufnahmedaten komplett

Der Status, in dem sich ein Patient befindet, wir neben der Anzeige in der Patientenübersichtsliste auch als Symbol in den einzelnen Eingabemasken angezeigt.

Der Patient kann sich in einem der folgenden Status befinden:

Symbole der Statusanzeige in den einzelnen Eingabemasken	Erfassung der Patientendaten	Aufnahme	Behandlung	Entlassung	Ausschluss
	Aufnahmedaten von Extern: *Die Daten wurden aus dem KIS automatisiert übernommen und stehen zur Bearbeitung bereit. Achten Sie bitte auf die Vollständigkeit der Patientenstammdaten!*				
Datensatz unvollständig	**Patientendaten unvollständig:** *die Datenerfassung ist noch nicht abgeschlossen, es sind noch nicht alle Pflichtfelder (grün unterlegt) ausgefüllt.*	**Aufnahmedaten unvollständig:** *die Aufnahme wurde über Betätigung des Buttons <Neu> gestartet, der Datensatz aber noch nicht vollständig bearbeitet.*	**Behandlungsdaten unvollständig:** *die Behandlung wurde über Betätigung des Buttons <Neu> gestartet, der Datensatz aber noch nicht vollständig bearbeitet.*	**Entlassungsdaten unvollständig:** *die Behandlung wurde über Betätigung des Buttons <Neu> gestartet, der Datensatz aber noch nicht vollständig bearbeitet.*	**Ausschlussda unvollständig:** *die Behandlung w über Betätigung d Buttons <Neu> gestartet, der Datensatz aber n nicht vollständig bearbeitet.*
Datensatz komplett	**Patientendaten komplett:** *alle Pflichtfelder wurden ausgefüllt.*	**Aufnahmedaten komplett:** *der Aufnahmedatensatz wurde vollständig eingegeben, aber noch nicht abgeschlossen.*	**Behandlungsdaten komplett:** *der Datensatz wurde vollständig eingegeben, aber noch nicht abgeschlossen.*	**Entlassungsdaten komplett:** *der Entlassungs-datensatz wurde vollständig eingegeben, aber noch nicht abgeschlossen.*	**Ausschlussda komplett:** *der Datensatz wu vollständig eingegeben, aber noch nicht abgeschlossen.*
Datensatz ist abgeschlossen und kann nicht mehr verändert werden		**Aufnahme abgeschlossen:** *der Datensatz wurde durch Setzen des Hakens in das Kontrollkästchen „Datensatz abschließen“ abgeschlossen. Eine Änderung ist jetzt nur noch durch den Administrator der Abteilung möglich.*	**Behandlung abgeschlossen:** *der Datensatz wurde durch Setzen des Hakens in das Kontrollkästchen „Datensatz abschließen“ abgeschlossen. Eine Änderung ist jetzt nicht mehr möglich.*	**Entlassung abgeschlossen:** *der Datensatz wurde durch Setzen des Hakens in das Kontrollkästchen „Datensatz abschließen“ abgeschlossen. Eine Änderung ist jetzt nicht mehr möglich.*	**Ausgeschloss** *der Patient wurde durch Setzen des Hakens in das Kontrollkästchen „Datensatz abschließen“ ausgeschlossen. Vgl. hierzu auch Kapitel 6.*

Abgeschlossene Datensätze können nur von dem **Administratoren** noch einmal geöffnet werden.

Weitere Symbole:

Die Eingabemaske kann nicht aktiviert werden durch Drücken des Buttons <**NEU**>, da Pflichtfelder in den vorhergehenden Masken noch unvollständig sind. Es kommt die Fehlermeldung: „ Der Status des Patienten lässt eine Eingabe nicht zu“.
Bitte füllen Sie in diesem Fall alle Pflichtfelder der Patientenaufnahme aus. Hiernach wechselt das rechte Feld die Farbe von rot auf gelb.

Das Eingabemodul kann mit Drücken des Buttons <**NEU**> aktiviert werden, alle Pflichtfelder wurden bis zu diesem Punkt ausgefüllt!

Auf die Funktion „**Warnung“** soll an dieser Stelle speziell eingegangen werden. Sie stellt eine Selbstkontrollmöglichkeit und eine Erinnerungsfunktion für den Arzt dar.

Durch betätigen des Buttons

im Eingangsbildschirm wird eine Liste mit allen Patienten generiert, bei denen bestimmte Aufgaben noch nicht erledigt worden sind. Hierbei wird in der ersten Ausbaustufe des Programm nur an die Eingabe der Skalen zu den betreffenden Zeitpunkten erinnert.

Markieren Sie den zu bearbeitenden Patienten und rufen Sie dann den Menüpunkt „Aufnahme“, „Behandlungsprozess“ bzw. „Entlassung“ auf, um dort die entsprechenden Nachträge zu machen.

Sie haben die Möglichkeit, die Anmahnung der Skalen zu jedem beliebigen Zeitpunkt einstellen zu lassen (z.B. wöchentlich bis zur Entlassung).
Die Einstellungen hierzu müssen aber über Ihre **DV-Abteilung** bzw. **IVM** vorgenommen werden.

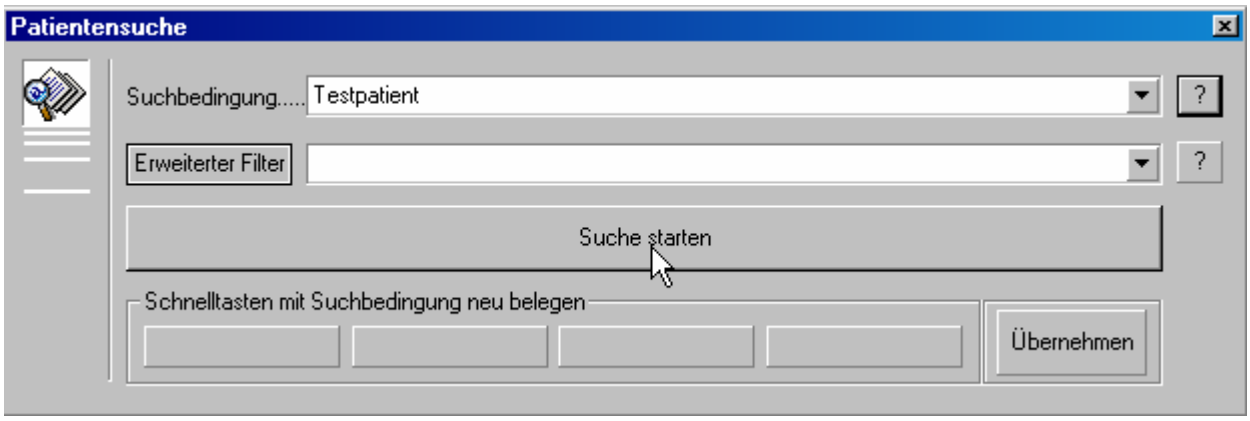
! Achten Sie auf eine zeitnahe Erfassung und arbeiten Sie regelmäßig die Arbeitsliste „Warnung“ ab!

Patientensuche

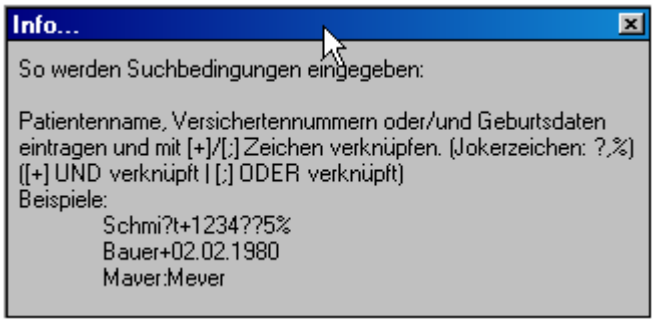
Das Programm ist mit einer Suchfunktion ausgestattet, in der die Möglichkeit gegeben wird, neben der einfachen Patientensuche auch eigene Suchfilter zu gestalten.

Was möchten sie tun?

- Nach einem Patient suchen
- Suchfilter einsetzen (Suchkriterien definieren)



Geben Sie in das Feld „Suchbedingung“ den Namen des zu suchenden Patienten ein und drücken Sie den Button <**Suche starten**>. In der Patientenliste wird jetzt nur der gefundene Patient angezeigt.Sie können nach dem Nachnamen oder der Versicherungsnummern des Patienten suchen. Verwenden Sie bei der Suche die unten aufgeführte Syntax:



Joker für ein Zeichen: ?

Beispiel: Sie wissen, dass der Patientennachname entweder Meier oder Maier war. Geben Sie in die Suchbedingung **M?ier** ein.

Joker für mehrere Zeichen: %

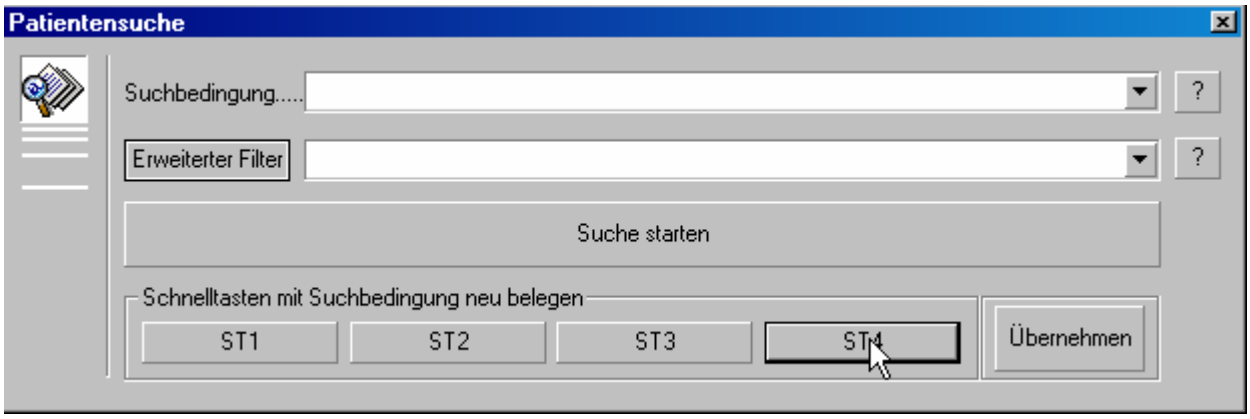
Beispiel: Sie wissen, dass der Patientennachname mit Ho beginnt, geben Sie **Ho%** ein.

Die Abfrage kann mit <u>und</u> verknüpft werden durch Einsetzen des Zeichens „+“

Beispiel**: Nachname + Versicherungsnummer**

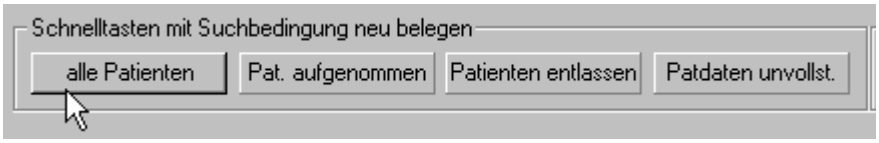
Die Abfrage kann mit <u>oder</u> verknüpft werden durch Einsetzen des Zeichens „;“

Beispiel: **Nachname ; Versicherungsnzummer**



Die Suchfilter werden unter den Schnelltasten gespeichert, welche in der oberen Abbildung mit ST1 bis ST4 dargestellt sind (bei Ihnen sind die Buttons unbeschriftet, hier wurde dies nur zur Übersichtlichkeit eingefügt). Diese Buttons entsprechen den Suchfilter in der Patientenliste oben rechts dargestellt.

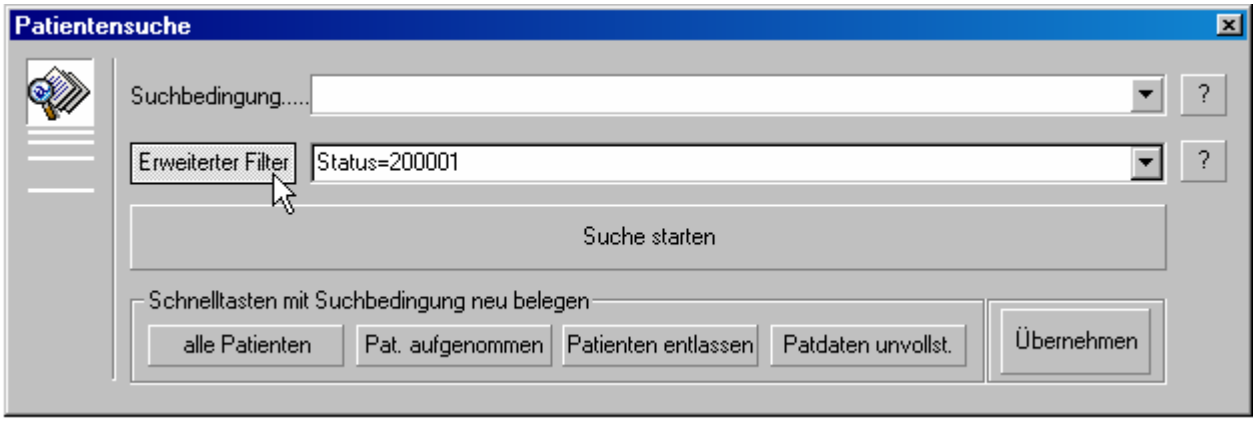
Vom System sind vorgeblendet:



- **Alle Patienten**:
  Eine Liste mit allen im System aufgenommenen Patienten, unabhängig vom Status
- **Aufgenommene Patienten**:
  Diese Liste umfasst alle Patienten, die im System aufgenommen wurden und die noch nicht den Status „Entlassung abgeschlossen“ erhalten haben. Diese Patienten stehen in der normalen Routine zur Bearbeitung an.
- **Patient entlassen**:
  Alle entlassenen Patienten, deren Bearbeitung bereits abgeschlossen wurde.
- **Patientendaten unvollständig**:
  Alle Patienten, deren Status an einer beliebigen Stelle auf „unvollständig“ steht.

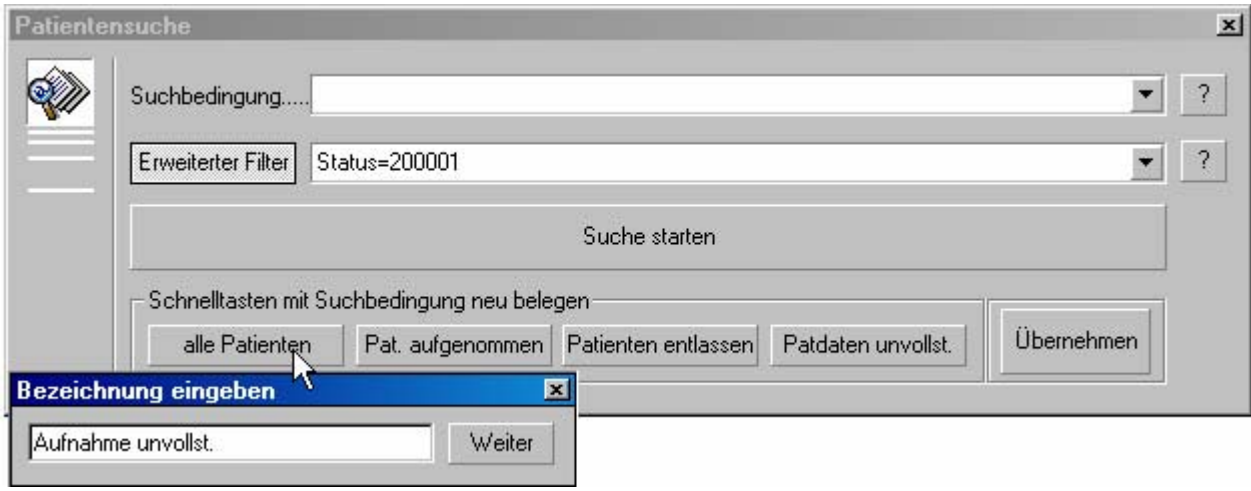
Zum Ändern der Vorbelegung der Buttons zur Filterfunktion geben Sie in das Feld „Erweiterter Filter“ Ihre Abfrage ein. Dabei müssen Sie nach einer bestimmten Syntax vorgehen:

Beispiel: Sie möchten einen Button mit der Suche nach Patienten belegen, deren Aufnahmedaten im Modul Akutaufnahme unvollständig sind. Dieser Status entspricht der Nummer 200001.



Geben Sie in das Feld „Erweiterter Filter“ folgendes ein:
Status=Statusnummer
In unserem Fall also **Status=200001**

Drücken Sie jetzt den Button, den Sie belegen möchten.



Hierauf wird ein neues Fenster aufgeblendet, in dem Sie die Möglichkeit haben, die Bezeichnung des Buttons zu ändern. Durch Betätigen des Buttons <**Weiter**> wird die neue Bezeichnung übernommen.
Sobald Sie durch Drücken des Buttons <**Übernehmen**> die Eingabe des Suchfilters bestätigen, wird der Button auch in der Maske „Patientenliste“ aktiviert.

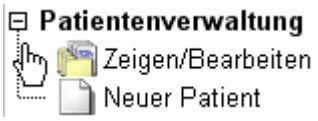
In unserem Beispiel wurde durch Eingabe des Suchfilters der obere linke Button in der Patientenliste, der in der Installationsversion vorbelegt ist mit „alle Patienten“(zeigt die komplette Patientenliste an), mit der Auswahl der Patienten belegt, die den Status der unvollständigen Aufnahme besitzen.

Die zuletzt gesetzten Filter können wieder über die Drop Down ( ) Liste aufgerufen werden.

TIPP: Belegung eines Buttons mit der Patientenauswahl nach der aufnehmenden Station:
Sie können auch nach der aufnehmenden Station suchen. Hierzu geben Sie den folgenden Befehl in das Feld „Erweiterter Filter“ ein:

PATID IN (SELECT CONVERT(INT,RIGHT(SCHLUESSEL,10)) FROM AKUT_AUFNAHME WHERE STATION='**Kurzbezeichnung Station**')

Sie müssen die Eingabe anlog zum obigen Text vornehmen, tauschen Sie aber den fett-geschriebenen Bereich durch die Abkürzung Ihrer Station aus (wie im Programm gespeichert).



Unter dem Menüpunkt „**Patientenverwaltung**“ können Patientendatensätze neu angelegt und Stammdaten der bereits angelegten Patienten überarbeitet werden. Beachten Sie bitte, dass bei Übernahme der Patientenstammdaten aus Ihrem **Krankenhaus - Informationssystem** (KIS) dies nur unidirektional geschieht: die Daten werden aus dem KIS übernommen, vorgenommene Veränderungen In der Schlaganfalldatenbank werden aber aus Sicherheitsgründen nicht zurück in das KIS gespielt.

Falls in Ihrem Haus die SDB eine Schnittstelle zum KIS besitzt, nehmen Sie daher bitte alle Änderungen an übertragbaren Daten dort vor. Die Aktualisierung der Daten aus dem KIS in die SDB erfolgt kontinuierlich. Daten, die nicht aus dem KIS in die SDB übernommen werden können, müssen evtl. doppelt erfasst werden.

Was möchten sie tun?

- Informationen über die Datenübernahme aus dem KIS
- Neuer Patient anlegen
- Patientendaten zeigen bzw. bearbeiten

Die Anbindung der Software SDB an **Ihr Klinikinformationssystem** erfolgt über die HL 7 Schnittstelle.
Die Datenübernahme erfolgt automatisiert über die Auslese nach Aufnahmediagnose gemäss ICD – 10 Kode.
Patienten, die mit den folgenden Diagnosen im KIS dokumentiert werden, werden über die HL 7 Schnittstelle in die SDB übernommen:

G45.- Zerebrale transistorische ischämische Attacken und verwandte Syndrome

- G45.0 bis G45.9

I60.- Subarachnoidalblutung

- I60.0 bis I60.9

I61.- Intrazerebrale Blutung

- I61.0 bis I61.9

I62.- Sonstige nichttraumatische Blutungen

- I62.0, I62.1 und I62.9

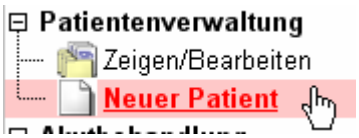
I63.- Hirninfarkt

- I63.0 bis I63.6; I63.8; I63.9

I64 Schlaganfall nicht als Blutung oder Infarkt bezeichnet

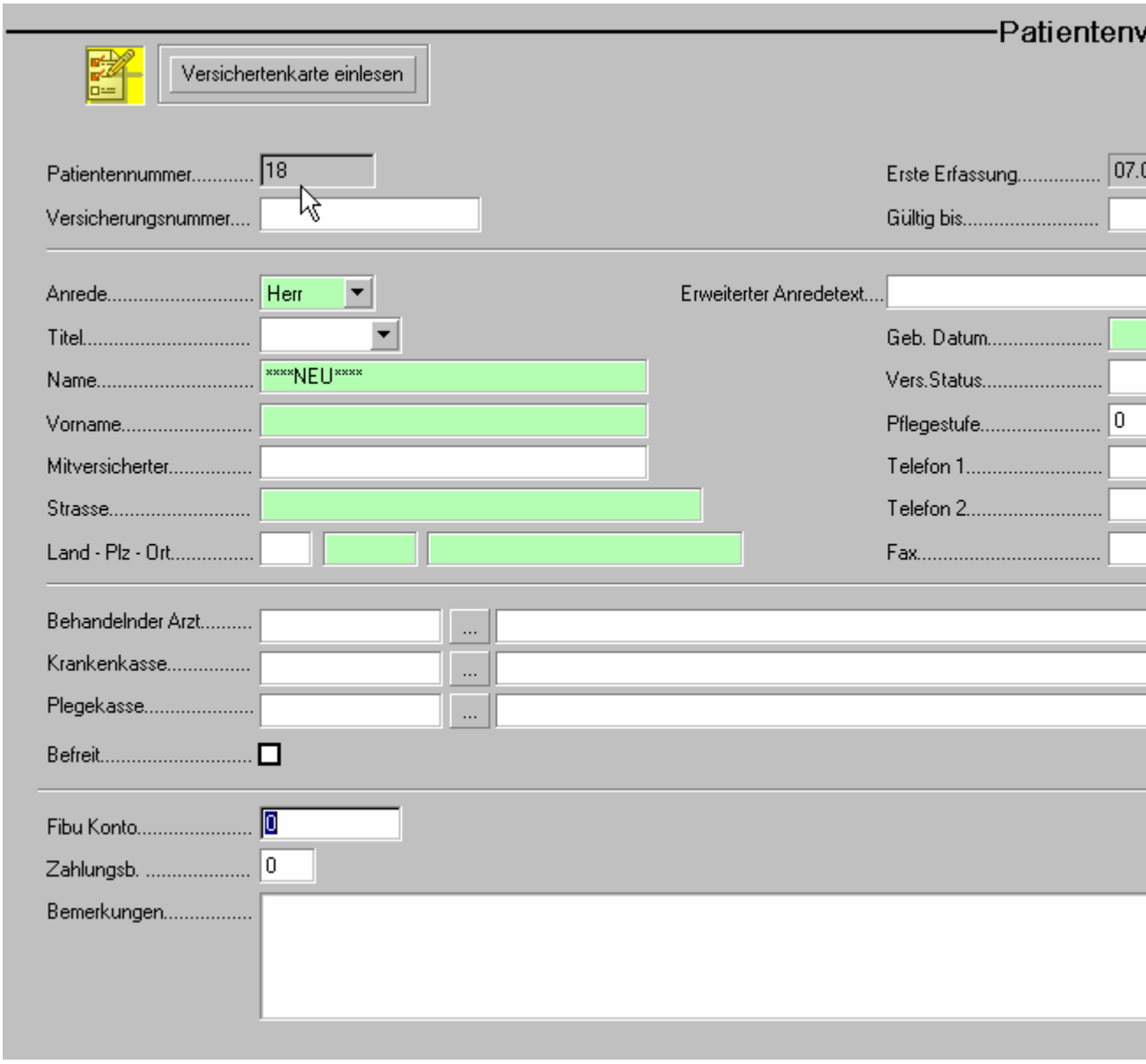
Übernommen werden aus dem KIS in der Regel die Patientenstammdaten und die Aufnahmediagnose.

Achtung: Daten, die aus dem KIS übernommen werden, erhalten den Status "Daten von extern"!



Zum Anlegen eines neuen Patienten wählen Sie im SDB - Explorer „**Neuer Patient**“.

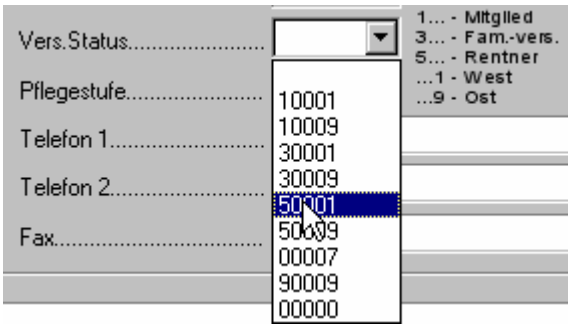
Alle **grün unterlegten Felder** sind Pflichtfelder und somit auszufüllen. Vorgeblendet wird die Patientennummer, die intern vom System vergeben wird und das Datum der ersten Erfassung. Sollte das Aufnahmedatum von dem Datum der ersten Erfassung abweichen, muss dies im Modul <**Aufnahme**> dokumentiert werden.



Feldname	Pflichtfeld	Kommentar
Versicherungsnummer	nein	wird ggf. direkt aus dem KIS übernommen oder kann von der Krankenkassenkarte des Patienten abgelesen werden
Gültig bis..	nein	bezieht sich auf die Gültigkeit der Krankenkassenkarte
Anrede	**ja**	ist als **Pflichtfeld** ausgeprägt, da auf die Erfassung „männlich – weiblich“ verzichtet worden ist

Erweiterter Anredetext	nein	gibt die Möglichkeit, dem Anredetext noch weitere Titel hinzuzuf
Name	**ja**	Familienname des Patienten
Vorname	**ja**	Vornahme des Patienten
Mitversicherter	nein	hier bitte die Mitgliedsart eintragen (Familienversichert, Mitglied Rentner)
Straße	**ja**	hier wird die Straße und die Hausnummer eingegeben
Land/PLZ-Ort	**ja**	bei Land bitte die Kurzbezeichnung angeben. Bei PLZ wird der zugehörige Ort sofort nach Eingabe eingeblendet. Das System aber auch die Möglichkeit, den Ort manuell zu überschreiben
Geburtsdatum	**ja**	kann ohne Punkt eingegeben werden
Versicherungsstatus	nein	Eingabe des Status nach § 267 SGB V *
Pflegestufe	nein	Eingabe der Pflegestufe 1 bis 3
Telefonnummer 1	nein	Eingabemöglichkeit für die Telefonnummer des Patienten und d Angehörigen
Telefonnummer 2	nein	Eingabemöglichkeit für die Telefonnummer der Angehörigen
Fax	nein	Eingabemöglichkeit für die Faxnummer
Behandelnder Arzt	nein	Aufruf des Auswahlfensters über den Button ... Falls notwendi neuen Arzt anlegen. Sie haben keine Möglichkeit, direkt an dies Stelle den Hausarzt einzugeben.
Krankenkasse * *	**ja**	Eingabe der Krankenkassennummer oder Auswahl der Kasse über Button ... Am Einfachsten ist die Eingabe über das Ausfüllen des mit der Kassennummer und Drücken der Returntaste.
Pflegekasse	nein	Eingabemöglichkeit für die Pflegekasse
Befreit	nein	
Fibu.Konto	nein	
Zahlungsbereich	nein	
Bemerkungen	nein	Freitextfeld für die Hinterlegung von Bemerkungen

*



Um die Eingabe zu erleichtern, ist es an dieser Stelle möglich, die Angabe der Krankenkasse des Patienten an dieser Stelle zu überspringen! Die Eingabe der Krankenkasse ist aber ein zentraler Punkt bei der Datenerfassung und wird vor Abschluss der endgültigen Dokumentation im Entlassungsmodul nochmals abgefragt. Eine Schließung des Datensatzes ohne Eingabe der Krankenkassennummer ist nicht möglich!

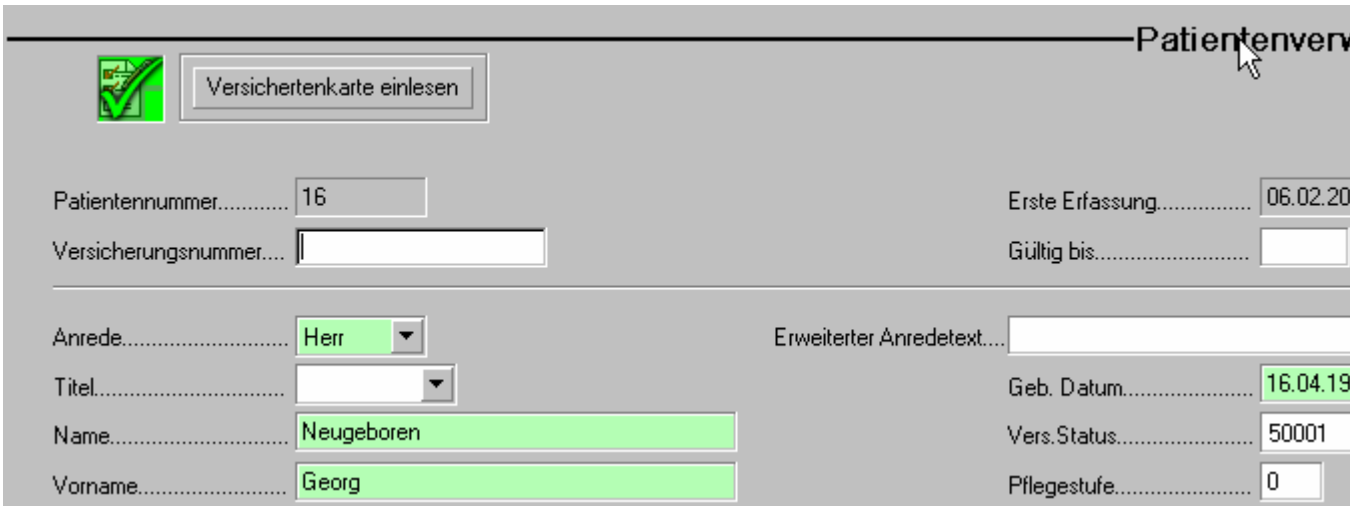
! Erst nach vollständiger Bearbeitung der Pflichtfelder kann die weitere Dokumentation erfolgen. Werden Stammdaten nachträglich gelöscht, so wird dies in der Maske mit dem Zeichen zwar angemahnt, der Patient wird aber trotzdem in der Patientenliste mit dem Status „Patientendaten komplett“ geführt. Bitte achten Sie daher auf die Vollständigkeit der Patientenstammdaten.

Nachdem ein Patient vollständig angelegt wurde, kann weiter dokumentiert werden. Es sind einfache Plausibilitätskontrollen hinterlegt worden. Trotzdem sollte auf folgende Punkte unbedingt geachtet werden.

Alle dem System übergebenen Daten sollten „richtig“ sein. Unvollständige Datensätze verhindern an verschiedenen Stellen die Fortsetzung der Dokumentation. Diese Funktionalität sollte nicht durch Eingabe von falschen Informationen überspielt werden. Insbesondere das Löschen von Feldern ohne Neueintrag/Verbesserung kann zu Fehlern im Statusfeld führen.

TIPP: Zur Dokumentation eines Notfallspatienten, bei dem nur mangelhaft Personalangaben zur Verfügung stehen, legen Sie einen Datensatz mit Pseudonymen an (z.B. Name „Notfallpatient Zi. 408“, Vorname “Notfall“). Sie können die gemachten Angaben jederzeit überarbeiten.

Zur Anlagen eines Notfallspatienten, bei dem nur mangelhaft Personalangaben zur Verfügung stehen, legen Sie einen Datensatz mit Pseudonymen an (z.B. Name „Notfallpatient Zi. 408“, Vorname “Notfall“). Sie können die gemachten Angaben jederzeit überarbeiten.



In der Maske „Zeigen/Bearbeiten“ werden die eingegebenen oder vom KIS übernommenen Patientenstammdaten angezeigt. Sie haben hier die Möglichkeit, Daten zu ändern und zu vervollständigen.

Erst wenn alle grün unterlegten Pflichtfelder ausgefüllt wurden, ist die Patientenstamm-datenerfassung abgeschlossen. Dies wird durch das Symbol angezeigt.

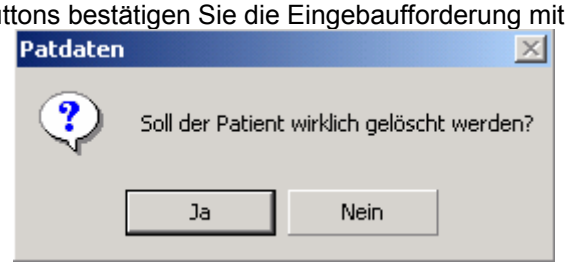
Bitte kontrollieren Sie die Vollständigkeit der Angaben auch für die Datensätze, die aus dem KIS übernommen werden (Status in der Patientenliste: '*Daten von extern*').

Siehe auch:
- Patientendatensätze löschen

Bitte markieren Sie in der Patientenliste den zu löschenden Patientendatensatz. Wählen Sie dann in der Navigationsleiste "Zeigen/Bearbeiten".

Über den Button

können Sie den ausgewählten Patientendatensatz löschen. Nach Betätigen des Buttons bestätigen Sie die Eingebaufforderung mit „Ja“.

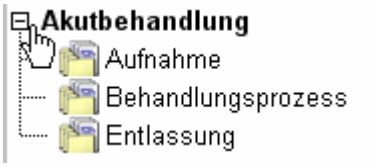


Achtung: Patientendatensätze sollten nur in absoluten Ausnahmefällen gelöscht werden. Die Patienteneingabe sollte bei Falschdiagnosen etc. über die Funktion "Ausschluss" im Programm beendet werden.

Patientenverwaltung: Pflichtfelder

Feldname	Pflichtfeld	Kommentar
Anrede	**ja**	ist als **Pflichtfeld** ausgeprägt, da auf die Erfassung „männlich – weiblich“ verzichtet worden ist
Name	**ja**	Familienname des Patienten
Vorname	**ja**	Vornahme des Patienten
Straße	**ja**	hier wird die Straße und die Hausnummer eingegeben
Land/PLZ-Ort	**ja**	bei Land bitte die Kurzbezeichnung angeben. Bei PLZ wird der zugehörige sofort nach Eingabe eingeblendet. Das System bietet aber auch die Möglichkeit, den Ort manuell zu überschreiben
Geburtsdatum	**ja**	kann ohne Punkt eingegeben werden
Krankenkasse *	**ja**	Eingabe der Krankenkassennummer oder Auswahl der Kasse über den Bu. Am Einfachsten ist die Eingabe über das Ausfüllen des Feldes mit der Kassennummer und Drücken der Returntaste.

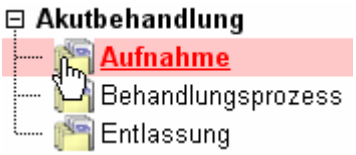
***** Um die Eingabe zu erleichtern, ist es möglich, die Angabe der **Krankenkasse** des Patienten in der Eingabemaske vorrübergehend zu übergehen! Die Eingabe der Krankenkasse ist aber ein zentraler Punkt bei der Datenerfassung und wird vor Abschluss der endgültigen Dokumentation im Entlassungsmodul nochmals abgefragt. Eine Schließung des Datensatzes ohne Eingabe der Krankenkassennummer ist nicht möglich!



Die Dokumentation der Akutbehandlung des Patienten besteht aus den Masken Aufnahme, Behandlung und Entlassung.

Alle **grün unterlegten Felder** sind Pflichtfelder und somit auszufüllen.

Akutbehandlung: Aufnahmemaske



Bei der Dokumentation der Aufnahme handelt es sich um einen Zeitpunkt. Die Dokumentation sollte innerhalb der ersten 24 Stunden nach Aufnahme des Patienten abgeschlossen sein.

Nach dem Aktivieren der Eingabemaske wird der Status der Dokumentation oben rechts in der Maske angezeigt, und auf „nicht vollständig dokumentiert“ gesetzt.

Was möchten sie tun?

- Aufnahmemaske aktivieren
- Aufnahmedatum und Uhrzeit eingeben
- Ereignisdatum und Uhrzeit eingeben
- Wiederaufnahme
- Aufnahmegrund
- Aufnehemende Station festlegen
- Einweisung
- Versorgung vor akutem Ereignis
- Hauptdiagnose dokumentieren
- Nebendiagnose und Risikofaktoren dokumentieren
- Bemerkungen hinzufügen

Durch Anzeigen des grünen Hakens im Statusfenster wird deutlich gemacht, dass alle Pflichtfelder ausgefüllt worden sind. Der Patient erhält jetzt den Status „Aufnahmedaten komplett“.

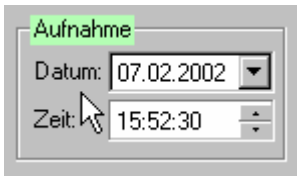
Die Aufnahmemaske **wird aktiviert** durch Drücken des Buttons

. Erst danach sind die Felder beschreibbar und der Status (angezeigt oben rechts in der Maske) wird auf „nicht vollständig dokumentiert“ gesetzt: . Vor Drücken des Buttons <**NEU**> ist die Maske inaktiv (nicht bearbeitbar), was durch die folgenden Symbole im Statusfenster angezeigt wird:

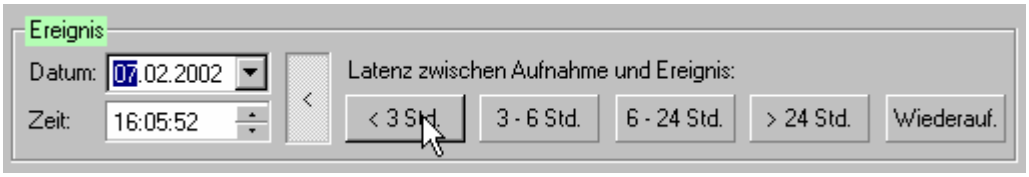
Das Eingabemodul kann nicht aktiviert werden, da die vorhergehenden Eingaben noch unvollständig sind.
Bitte füllen Sie in diesem Fall alle Pflichtfelder der Patientenaufnahme aus.

Das Eingabemodul kann mit Drücken des Buttons <**NEU**> aktiviert werden, alle Pflichtfelder wurden bis zu diesem Punkt ausgefüllt!

Der Datensatz ist vollständig und wurde abgeschlossen. Er kann nur durch einen Administrator wieder frei geschaltet werden.



Aufnahmedatum und Uhrzeit werden vorgeblendet, müssen aber bei einer nicht zeitnahen Dokumentation korrigiert werden.

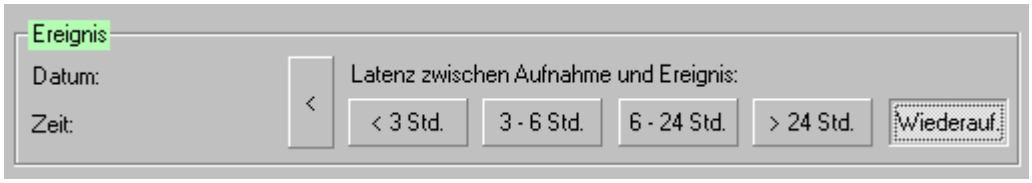


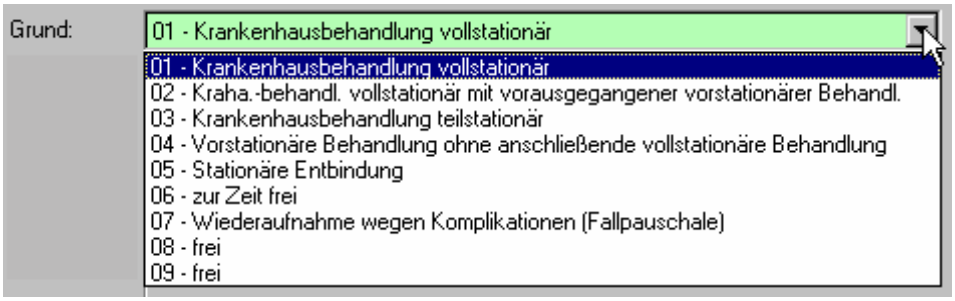
Das Feld für die Eingabe des Ereignisdatums und die Uhrzeit wird aktiv, d.h. beschreibbar durch Drücken des Buttons .

Falls die genaue Uhrzeit des Insults nicht feststellbar ist, kann alternativ eine der folgenden Zeitspannen dokumentiert werden durch Betätigen der Buttons:

- < 3 Std.
- 3 - 6 Std.
- 6 – 25 Std.
- > 24 Std.

Die Wiederaufnahme wird in den Fällen dokumentiert, in denen der Patient aufgrund der Aufnahmediagnose „Schlaganfall“ im System aufgenommen wurde, er aber in Folge einer Zweiterkrankung in ein externes Krankenhaus verlegt werden musste. Sobald der Patient erneut aufgenommen wird, kann er so als Wiederaufnahme gekennzeichnet werden. Sie brauchen dann weder Ereignisdatum noch Uhrzeit angeben, da diese bereits bei der letzten Aufnahme dokumentiert worden sind.



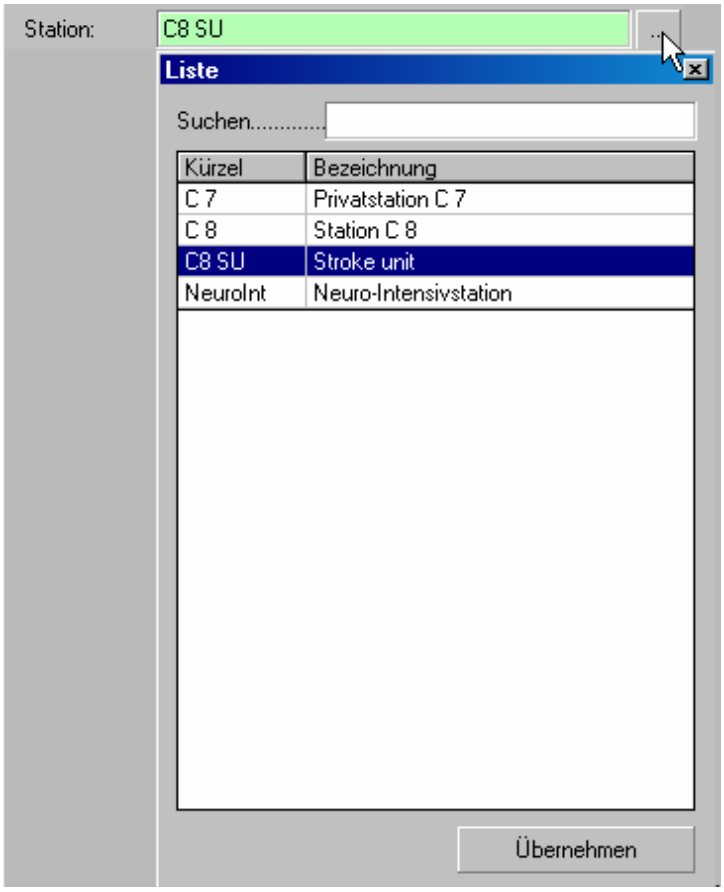

Grund:
01 - Krankenhausbehandlung vollstationär
01 - Krankenhausbehandlung vollstationär
02 - Kraha.-behandl. vollstationär mit vorausgegangener vorstationärer Behandl.
03 - Krankenhausbehandlung teilstationär
04 - Vorstationäre Behandlung ohne anschließende vollstationäre Behandlung
05 - Stationäre Entbindung
06 - zur Zeit frei
07 - Wiederaufnahme wegen Komplikationen (Fallpauschale)
08 - frei
09 - frei

Der Aufnahmegrund wird nach § 301 eingegeben. Vorgeblendet wird „01 Krankenhaus-behandlung vollstationär“. Dies muss vom Arzt aber überprüft und ggf. geändert werden.

Sie haben die Möglichkeit, die aufnehmende Station aus der angebotenen Liste zu dokumentieren.

Das Anlegen von Stationen im System kann nur von der Benutzergruppe „Administratoren“ durchgeführt werden.

Siehe hierzu:
Pflege des Systems



Bitte wählen Sie an dieser Stelle die Art der Einweisung aus:

- ☞ Interne Verlegung
- ☞ Externe Verlegung
- ☞ Selbsteinweisung
- ☞ Vertragsarzt
- ☞ Rettungsdienst

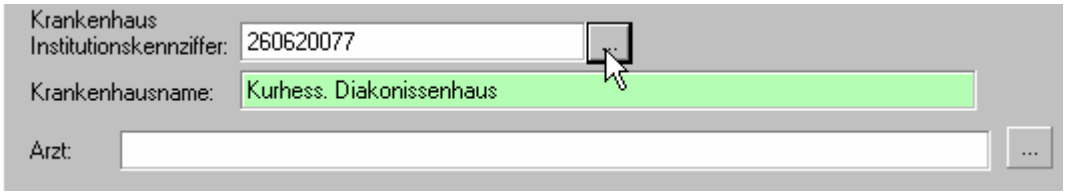
Entsprechend den ausgewählten Einweisungsart werden die weiteren Eingabefelder aufgeblendet.

Interne Verlegung

Nach Auswahl „Interne Verlegung“ müssen Sie noch die verlegende Fachabteilung (Pflichtfeld) und ggf. den einweisenden Arzt auswählen!

Die Liste von entsprechenden Abteilungen werden nur durch den Administrator definiert und gepflegt. Aufruf des Auswahlfensters über den Button [...]. Falls notwendig, einen neuen Arzt anlegen. Sie haben keine Möglichkeit, direkt an dieser Stelle den Hausarzt einzugeben.

Externe Verlegung



Nach Auswahl „Externe Verlegung“ müssen Sie noch das verlegende Krankenhaus auswählen! Wählen Sie hierzu auch den einweisenden Arzt aus. Aufruf des Auswahlfensters über den Button [...]. Falls notwendig, einen neuen Arzt anlegen, bzw. eine neue Krankenhaus eingeben. Sie haben keine Möglichkeit, direkt an dieser Stelle den Arzt bzw. Krankenhaus einzugeben.

Selbsteinweisung

Bei Selbsteinweisung können Sie einen Hausarzt angeben.

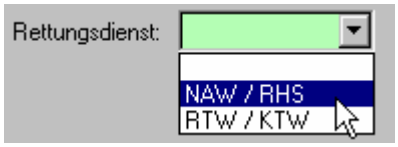
Vertragsarzt

Geben Sie bitte den einweisenden Vertragsarzt an.

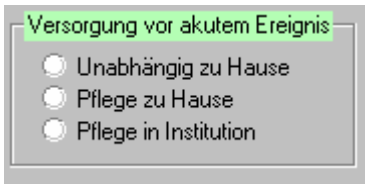
Mit dem Button [<<] können sie den Vertragsarzt aus dem aufgeblendeten Fenster "Arztauswahl" übernehmen, mit dem Button [>>] aus dem Anzeigefenster wierder löschen.

Rettungsdienst

Wählen Sie bitte **NAW/RHS** bzw. **RTW/KTW** aus.


Rettungsdienst:
NAW / RHS
RTW / KTW

Bitte dokumentieren Sie hier, in welchem **Versorgungszustand** der Patient sich vor dem Eintreten des Insults befand.



Dokumentation der Hauptdiagnose in der Aufnahmemaske

Im System werden alle Patienten dokumentiert, die mit Verdacht auf zerebralen Insult bzw. TIA im Krankenhaus stationär aufgenommen werden. Entscheidend für die Dokumentation ist nach § 301 SGB V die **Aufnahmediagnose,** die der Stationsarzt stellt, und nicht die Diagnose des einweisenden Arztes. Die Aufnahmediagnose ist nach Kenntnis der Befunde **innerhalb der ersten 24h** der stationären Aufnahme zu stellen.

Falls sich im Behandlungsverlauf der Schlaganfall nicht bestätigt, werden die Patientendaten in der Schlaganfalldatenbank nicht gelöscht, sondern der Patient wird ausgeschlossen. Somit stehen auch diese Daten einer Auswertung zur Verfügung.

Mehr über den Diagnosendokumentation...

- Klassifikation der Schlaganfälle nach ICD-10
- Zugriff auf den gesamten ICD 10 Katalog
- Kodierung nach ICD
- Durchführung der Diagnoseneingabe
- Dokumentation der Diagnosen der Gruppen G45.* und I63.*
- Ändern der Aufnahmediagnose

Zur Begründung der ausgewählten ICD-10 dienen im wesentlichen die Kriterien der (pathophysiologisch orientierten) TOAST – Klassifikation (Adams et al. Stroke 1993;24: 35-41 sowie Goldstein et al. Stroke 2001;32: 1091-1097). Eine Ausnahme bilden transitorisch-ischämische Attacken. Hier wird die Verlaufsform klassifiziert und nicht die Pathogenese. Im Anhang des **Handbuchs** befindet sich ein Manual (Abstraction Manual TOAST Medical Record Abstraction Manual. Stroke 2001 32: 1091-1098) zur Anwendung dieser Klassifikation.

Grundsätzliche Anmerkung zur Kodierung nach ICD

Bitte beachten Sie die aktuelle Version der Deutschen Kodierrichtlinien! Als Hauptdiagnose wird nach den Deutschen Kodierrichtlinien die Diagnose gewertet, welche nach Analyse als diejenige festgestellt wurde, die hauptsächlich für die Veranlassung des stationären Krankenhausaufenthaltes des Patienten verantwortlich ist (DKR D002a). Diese Hauptdiagnose wird am Ende des stationären Aufenthaltes festgelegt, nach sorgfältiger Analyse aller Behandlungsdaten und muss nicht mit der Aufnahmediagnose übereinstimmen.

Um eine konsistente und nachvollziehbare Dokumentation des Behandlungsverlaufs zu gewährleisten, haben Sie drei Möglichkeiten, unterschiedliche Hauptdiagnosen im System zu speichern:

- bei Aufnahme
- im Behandlungsverlauf
- bei der Entlassung

Die definitive Hauptdiagnose nach DKR (Deutsche Kodierrichtlinien) entspricht der **Entlassungshauptdiagnose** im System. Beachten Sie, dass die Aufnahmehauptdiagnose und Behandlungshauptdiagnose im System sich deshalb von der Entlassungshauptdiagnose unterscheiden können.

Um die Eingabe für den Benutzer zu erleichtern, wird die in der Aufnahmemaske eingegebene Hauptdiagnose in die Behandlungs- und Entlassungsmaske automatisch übernommen. Sie haben aber die Möglichkeit, sie in der Behandlungs- und Entlassungsmaske zu ändern!

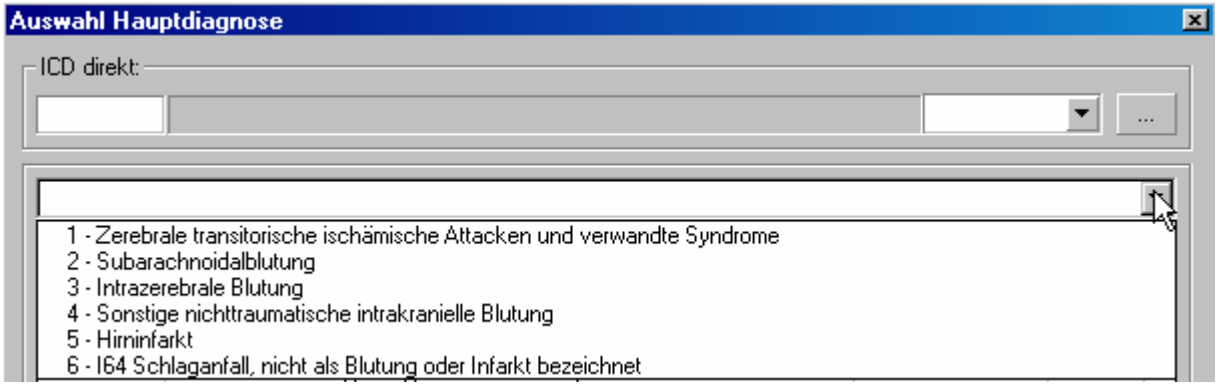
Bitte beachten Sie auch die Vorgaben der Deutschen Kodierrichtlinien für die Dokumentation von Nebendiagnosen. Sie werden definiert als eine Krankheit oder Beschwerde, die entweder gleichzeitig mit der Hauptdiagnose besteht oder sich während des Krankenhausaufenthaltes entwickelt (DKR D003a).
Außerdem muss einer der folgenden Faktoren erforderlich sein:

- ☞ therapeutische Maßnahmen
- ☞ diagnostische Maßnahmen
- ☞ erhöhter Betreuungs-, Pflege- und /oder Überwachungsaufwand

Üblicherweise führen die Nebendiagnosen zu einer Verlängerung des stationären Aufenthaltes.

Durchführung der Diagnoseneingabe
In der Aufnahmemaske sind im unteren Teil mehrere Registerkarten angelegt. Unter der Registerkarte ICD muss die Hauptdiagnose nach ICD 10 verschlüsselt werden. Ebenso können Nebendiagnosen und Risikofaktoren in die entsprechenden Felder nach ICD 10 eingegeben werden.

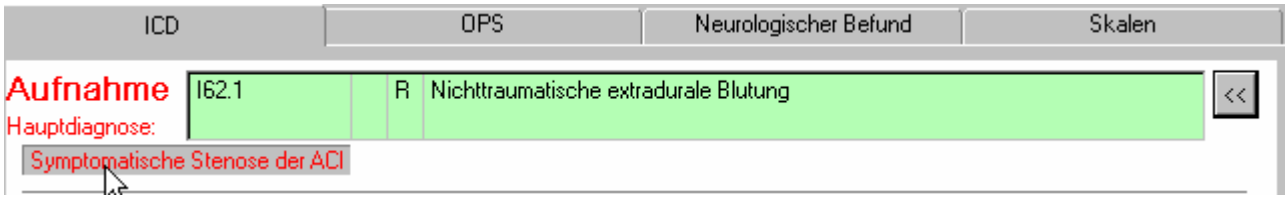
Durch Betätigen des Buttons << wird ein Auswahlmenü - eine sogenannte Hitliste - mit ICD 10 - Diagnosen in Bezug auf Schlaganfall aufgerufen.


Auswahl Hauptdiagnose
ICD direkt:
...
1 - Zerebrale transitorische ischämische Attacken und verwandte Syndrome
2 - Subarachnoidalblutung
3 - Intrazerebrale Blutung
4 - Sonstige nichttraumatische intrakranielle Blutung
5 - Hirninfarkt
6 - I64 Schlaganfall, nicht als Blutung oder Infarkt bezeichnet

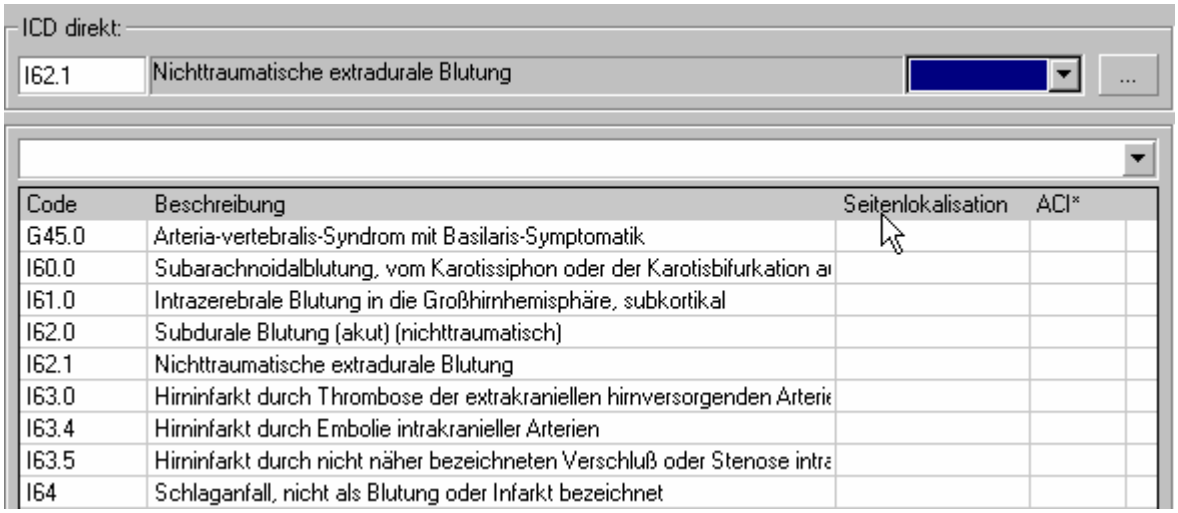
Nach Drücken des Buttons erscheint eine Liste mit Oberbegriffen nach ICD 10. Wählen Sie einen der sechs Obergruppen aus und rufen Sie durch Doppelklick das nächste Fenster zur Eingabe der genauen Diagnose auf!

Wählen Sie jetzt bei der betreffenden Diagnose die Seitenlokalisation aus und geben Sie ggf. das Vorliegen einer symptomatischen Stenose der ACI an.

Durch Betätigen des Buttons Übernehmen wird die Aufnahmediagnose eingetragen. Falls Sie das Feld „ACI“ mit Ja beantwortet haben, wird dies als roter Untertitel zur Diagnose in der Hauptmaske angezeigt.

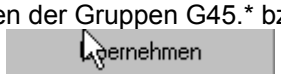


TIPP: Auswahl der Diagnose aus Liste der am häufigsten verwendeten Diagnosen

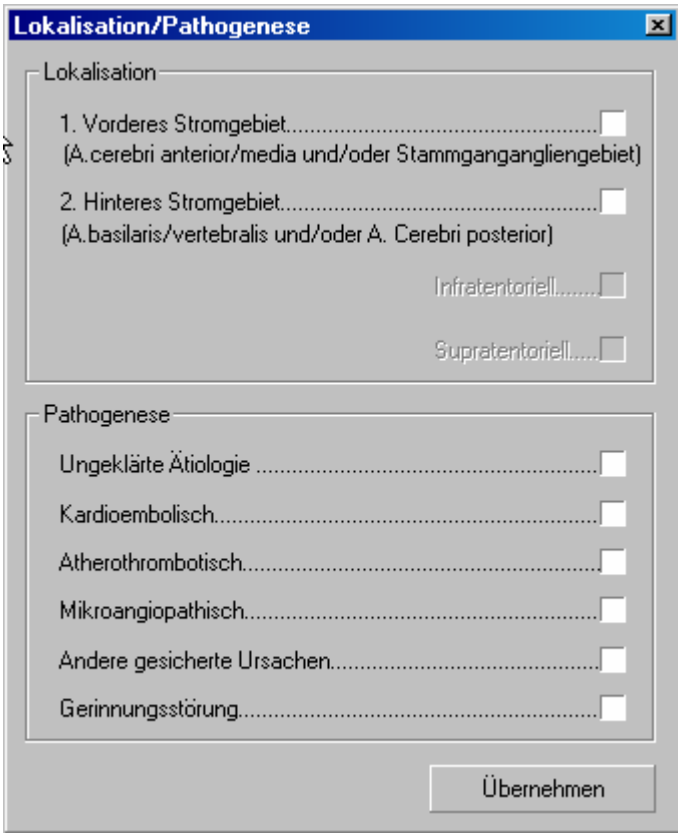


In dem Fenster „Auswahl Hauptdiagnose“ werden die am häufigsten verwendeten Diagnosen vorgeblendet und stehen zur direkten Eingabe bereit! In der oberen Abbildung sind dies die G45.0, I60.3 etc. Falls Sie eine dieser Diagnosen auswählen möchten, tragen Sie zu der betreffenden Diagnose noch die Seitenlokalisation ein und betätigen Sie den Button Übernehmen.

Dokumentation der Diagnosen der Gruppen G45.* und I63.*

In dem Fall, dass die Diagnosen der Gruppen G45.* bzw. I63.* dokumentiert werden, können über das Drücken des Battons 

ein sich automatisch öffnendes „pop-up“ Fenster noch weitere Zusatzinformationen zur **Lokalisation** und **Pathogenese** eingegeben werden.

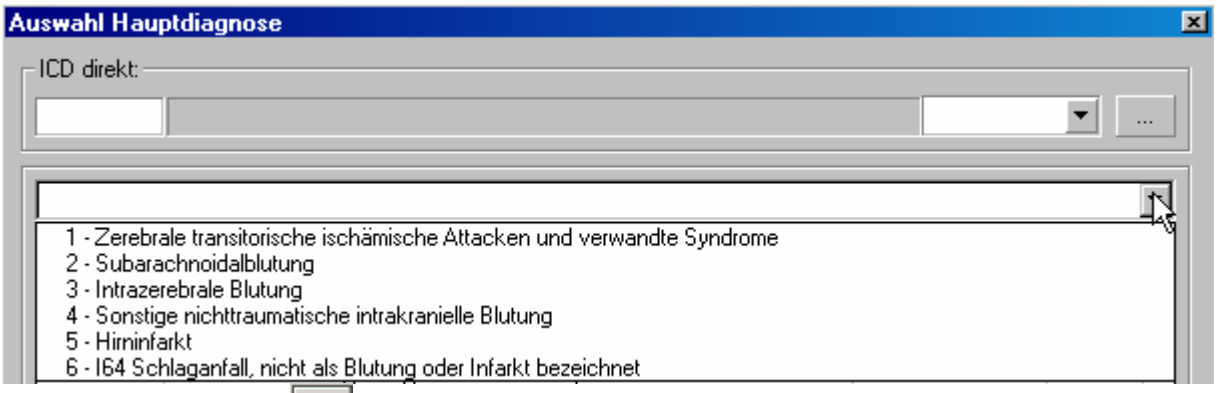


Zur Lokalisation ist eine Mehrfachauswahl bei der Eingabe möglich, bei Pathogenese nur eine Einfachauswahl.

- **Gegebenenfalls können Sie diese Angaben erst nach Durchführung verschiedener diagnostischer Maßnahmen vornehmen. Tragen Sie dann bitte die Ergebnisse Ihrer Untersuchung in der Maske „Behandlungsprozess“ bzw. „Entlassung“ für die Hauptdiagnose nach!**

Zugriff auf den gesamten ICD 10 Katalog

Durch Betätigen des Buttons << wird ein Auswahlmenü - eine sogenannte Hitliste - mit ICD 10 - Diagnosen in Bezug auf Schlaganfall aufgerufen.


Auswahl Hauptdiagnose
ICD direkt:
...
1 - Zerebrale transitorische ischämische Attacken und verwandte Syndrome
2 - Subarachnoidalblutung
3 - Intrazerebrale Blutung
4 - Sonstige nichttraumatische intrakranielle Blutung
5 - Hirninfarkt
6 - I64 Schlaganfall, nicht als Blutung oder Infarkt bezeichnet

Drücken Sie den Button ..., um sich alle ICD –10 Kodes anzeigen zulassen.

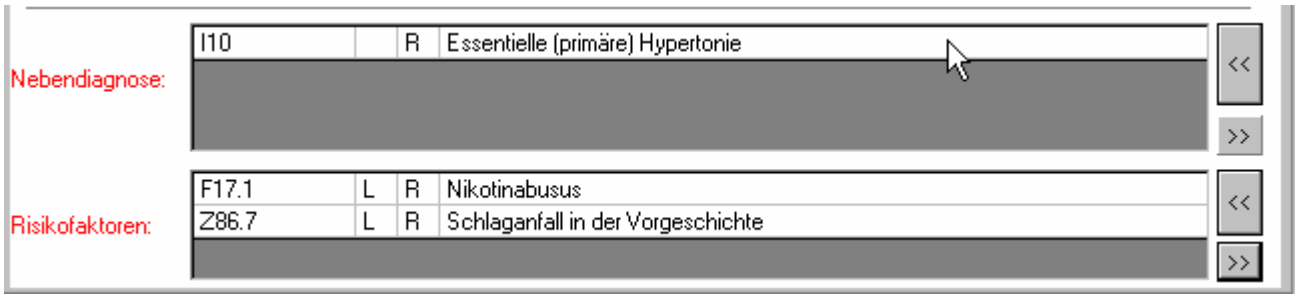
Geben Sie nach der Auswahl die Lokalisation an und drücken Sie den Button <Übernehmen>.

Ändern der Aufnahmediagnose

Sie können die Aufnahmediagnose einfach durch Überschreiben ändern.
Hierzu gehen Sie vor, als wenn Sie eine neue Hauptdiagnose eingeben möchten.

Nebendiagnosen und Risikofaktoren

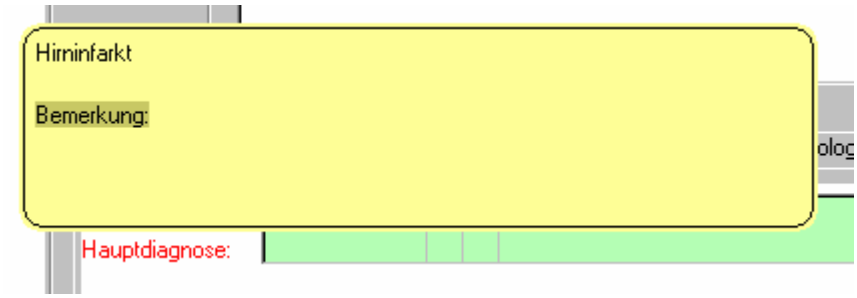
Bei der Eingabe von Nebendiagnosen und Risikofaktoren handelt es sich nicht um Pflichtfelder. Sie werden nach dem gleichen Schema wie die Hauptdiagnosen eingegeben. Allerdings haben Sie hier die Möglichkeit, durch Markieren der betreffenden Diagnose und Drücken des Buttons >> einzelne Diagnosen bzw. Risikofaktoren wieder zu löschen.



Unter Risikofaktoren können Diagnosen dokumentiert werden, die gemäß den DKR (Deutsche Kodierrichtlinien) nicht erfasst werden dürfen. Diese Diagnosen sollen unter Aspekten der Qualitätssicherung erfasst werden (Bsp.: Nikotinabusus ohne Konsequenzen für die Behandlungsaufwendigkeit)

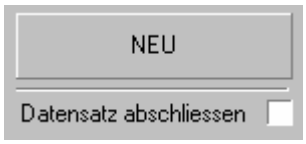
Unter „Risikofaktoren“ dokumentierten Faktoren sind also keine Nebendiagnosen im Sinne der DKR.

Hinzufügen von Bemerkungen
Sie haben die Möglichkeit, den Haupt- und Nebendiagnosen sowie den Risikofaktoren Bemerkungen hinzuzufügen.
Das Bemerkungsfenster wird durch Doppelklick auf die betreffende Diagnose bzw. den betreffenden Risikofaktor aufgerufen.



Schließen Sie das Fenster durch Drücken der **<ESC>-Taste**!

Dokumentation abschließen



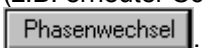
Sobald Sie alle Pflichtfelder dokumentiert haben, können Sie den Aufnahmedatensatz schließen. Der Datensatz des Patienten erhält den Status „Aufnahme abgeschlossen“. Nach Setzen des Hakens können Sie den geschlossenen Datensatz nur von einem Administrator Ihrer Klinik wieder öffnen lassen.

Der Status wird wie oben links dargestellt im Statusfenster angezeigt.

Bitte kontrollieren Sie Ihre Dokumentation vor Setzen der Abschlussbestätigung!

Erst jetzt können Sie in der Dokumentation des Behandlungsprozesses fortfahren. Falls Sie den Datensatz noch nicht geschlossen haben, aber im Modul „Behandlungsprozess“ die Dokumentation beginnen, erhalten Sie die unten abgebildete Fehlermeldung. Bestätigen Sie die Fehlermeldung mit „OK“ und schließen Sie den Aufnahmedatensatz.

Phasenwechsel

Die Eingabe des Phasenwechsels betrifft vor allem die Rehabilitation und entfällt weitestgehend für die Akutbehandlung. Allerdings sollte er dokumentiert werden, sobald der Patient aus einer Rehabilitationseinrichtung erneut in die Akutversorgung übernommen wird (z.B. erneuter Schlaganfall während der Rehabilitation). Betätigen Sie hierzu den Button 

.

In dem sich nun öffnenden Fester wählen Sie aus, aus welcher Phase der Patient übernommen worden ist und in welche Phase er bei Ihnen Aufnahme findet. Dokumentieren Sie Datum und Uhrzeit und speichern Sie den Eintrag durch Bestätigen des Buttons <**Phasenwechsel eintragen**>.

Definition der Phasen

Phasen	Beschreibung
A	Akutbehandlungsphase
B	Behandlungs-/Rehabilitationsphase, in der noch intensivmedizinische Behandlungsmöglichkeiten vorgehalten werden müssen.
C	Behandlungs-/Rehabilitationsphase, in der die Patienten bereits in der Therapie mitarbeiten können, aber noch kurativmedizinisch und mit hohem pflegerischen Aufwand betreut werden müssen.
D	Rehabilitationsphase nach Abschluss der Frühmobilisation (medizinische Rehabilitation im bisherigen Sinne).
E	Behandlungs-/Rehabilitationsphase nach Abschluss einer intensiven medizinischen Rehabilitation – nachgehende Rehabilitationsleistungen und berufliche Rehabilitation.
F	Behandlungs-/Rehabilitationsphase, in der dauerhaft unterstützende, betreuende und/oder zustandserhaltende Leistungen erforderlich sind.

Akutbehandlung: Pflichtfelder

Feldname	Maske	Pflichtfeld
Aufnahmedatum und Uhrzeit	Aufnahme	ja
Ereignisdatum und Uhrzeit	Aufnahme	ja
Aufnahmegrund	Aufnahme	ja
Aufnehmende Station	Aufnahme	ja
Einweisung	Aufnahme	ja
Die verlegende Fachabteilung	Aufnahme	ja
Das verlegende Krankenhaus	Aufnahme	ja
Rettungsdienst	Aufnahme	ja
Versorgung vor akutem Ereignis	Aufnahme	ja
Die Hauptdiagnose	Aufnahme	ja

Eingabe der Skalen in der Akutbehandlung

Die Erfassung der Skalen stellt einen wichtigen Bestandteil der Qualitätskontrolle des Behandlungsverlaufs dar. Aus den ermittelten Punktwerten leitet sich die Nachbehandlung des Patienten ab (Zuweisung in die Rehabilitation).

Die Erfassung der Skalen wird nach dem folgenden Zeitschema angefordert:

Akutbehandlung ⇨ vor Insult, bei Aufnahme, währed des Behandlungsprozesses und bei der Entlassung

☞ **vor Insult**
- Rankin Skala

☞ **bei Aufnahme (Aufnahmemaske)**
- Rankin Skala
- Barthel Skala
- NIHSS

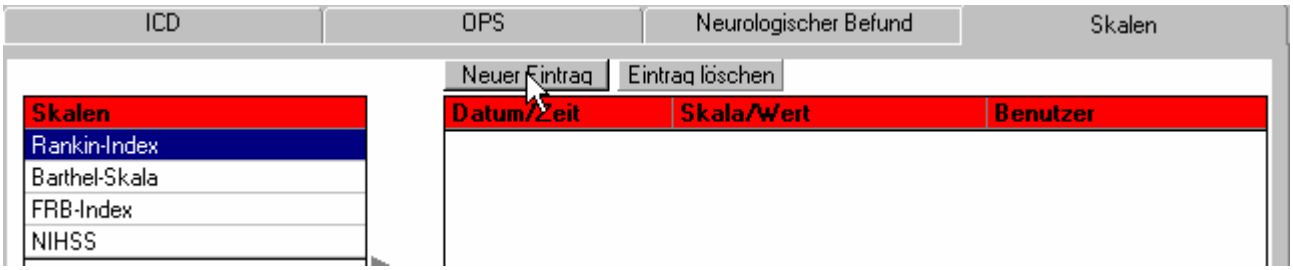
☞ **7 Tage nach Aufnahme (Behandlungsmaske)**
- Barthel Skala
- NIHSS

☞ **bei der Entlassung (Entlassungsmaske)**
- Rankin Skala
- Barthel Skala
- NIHSS

Was möchten sie tun?
- Neu Skala anlegen
- Skalen "bei Aufnahme" eingeben
- Skalen "vor Insult" eingegeben

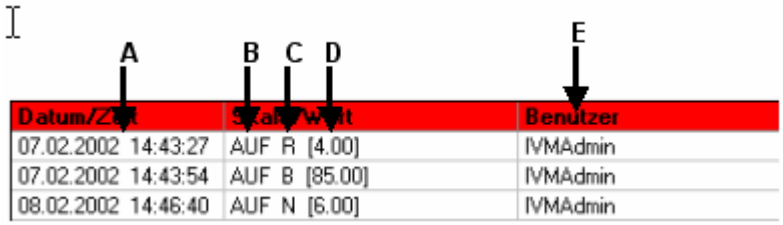
Neue Skala anlegen

Um Skalen anzulegen, markieren Sie die zu dokumentierende Skala in der Registerkarte <Skalen> und betätigen Sie den Button Neuer Eintrag.



Danach öffnet sich das Fenster, in dem Sie die Werte der Skalen eingeben können.
Beachten Sie bei der Eingabe des NIHSS auch den Button ? neben jeder Angabe. Hier verbergen sich Hilfen zum Ausfüllen des Bogens.

Nach Schließen des Eintragfensters werden die eingegebenen Skalen listenförmig angezeigt.



	Parameter	Verschlüsselung, bzw. Komentar
A	Datum und Uhrzeit	Lässt sich durch Doppelklick ändern
B	Die Maske, in welcher die Skala erfasst wurde.	**AUF**: Aufnahmemaske
		BEH: Behandlungsmaske
		ENT: Entlassungsmaske
C	Die Abkürzung der durchgeführten Skala	**R**: Rankin Skala
		B: Barthel Skala
		F: Frühreha - Barthel-Index (nur für die Rehabilitation)
		N: NIHSS
D	Der automatisch errechnete Punktwert (in Klammern)	Die Punktwerte werden nach den Angaben des Benutzers vom Programm automatisch errechnet.
E	Der Benutzer	In der letzten Spalte wird der Benutzer angegeben, der die Eingabe durchgeführt hat.

Durch Doppelklick auf die entsprechende Skala können Sie jederzeit das Eingabefenster wieder aufrufen und Änderungen vornehmen.
Zum Löschen einer Skala markieren Sie diese und betätigen Sie den Button Eintrag löschen.

Eingabe der Skalen „vor Insult“

☞ **vor Insult**
Rankin Skala

In der Akutbehandlung wird die Rankin Skala bei Aufnahme auch für den Zustand vor Insult erfasst. Dokumentation des Patientenzustands vor Schlaganfall, wird sofort bei Aufnahme durchgeführt.

Beachten Sie bitte, dass Sie hierzu in das Datumsfeld „Befund vom“ ein Datum vor dem Aufnahmedatum angeben (Beispielsweise erfolgte die Aufnahme am 01.01.2002, in das Feld ‚Befund vom’ wird zur Erfassung des Rankin Index vor Insult der 31.12.2001 eingetragen.)!

Die erfassten Skalen „vor Insult“ werden in der Übersichtsliste in roter Schrift angezeigt!

Die Dokumentation des Behandlungsprozesses umfasst den gesamten stationären Aufenthalt des Patienten.

Die Dokumentation der Bahndlung wird ebenfalls angestoßen durch Drücken des Buttons <NEU>. Erst danach sind die Felder eingabebereit und der Status wird auf „nicht vollständig dokumentiert“ gesetzt:

Achtung: Bei Übernahme der Patientendaten aus dem KIS muss diese Maske evtl. nicht geöffnet werden, sondern befindet sich bereits im aktiven Zustand!

Die Aufnahmediagnose sowie die Nebendiagnosen und Risikofaktoren und die bereits dokumentierten Skalen und Prozeduren werden aus dem Menü „Aufnahme“ automatisch übernommen. Die Anzeige erfolgt, nachdem der Button <NEU> betätigt wurde.

Was möchten Sie tun?

- Dokumentation von Diagnosen im Behandlungsprozess

- Dokumentation von Prozeduren im Behandlungsprozess
- Dokumentation von Sekundärprophylaxen
- Dokumentation von Vorbefunden
- Dokumentation von vorstationären Eingriffen
- Dokumentation der Bildmorphologie
- Dokumentation der Biopsie bei Endoskopie
- Ändern von Datum und Uhrzeit einer bereits dokumentierten Prozedur
- Löschen von Prozeduren
- Dokumentation von Prozeduren direkt aus dem OPS - Katalog

- Die Registerkarte 'Neurologischer Befund'

- Anstoßen des Algorithmus in der Behandlungsmaske
- Voraussichtliches Übernahmedatum in die Rehabilitation (amb./stat.)

- Dokumentation von fachabteilungsinternen Verlegungen

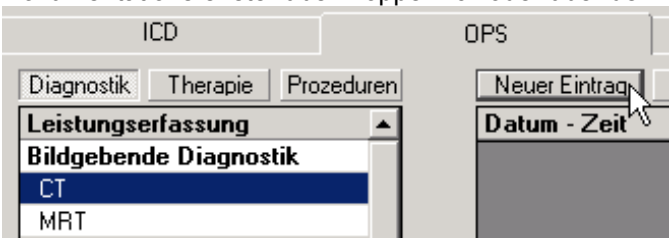
- Abschließen der Dokumentation

Über die Registerkarte „OPS“ haben Sie die Möglichkeit, durchgeführte Behandlungsmaßnahmen zu dokumentieren.

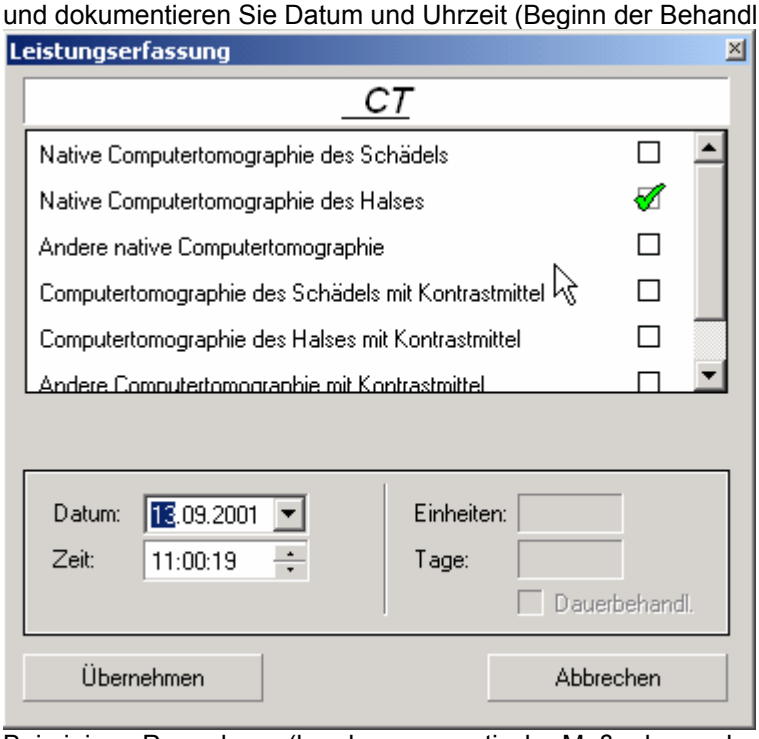
Sie haben die Möglichkiet, Prozeduren über die Hitliste zu dokumentieren oder direkt aus dem OPS - Katalog zu übernehmen.

Um die Eingabe zu erleichtern, wurden die Hauptprozeduren unterteilt in Hitlisten unter den Buttons <Diagnostik>, <Therapie> und <Prozeduren>.

Die fett geschriebenen Listeneinträge sind Überschriften, unter welchen Sie die maßgeblichen Behandlungen in der Schlaganfalltherapie finden.
Um einen Eintrag vorzunehmen, markieren Sie die betreffende Prozedur und rufen Sie das Dokumentationsfenster über Doppelklick oder über den Button <Neuer Eintrag> auf.



In dem nun aufgeblendeten Dokumentationsfenster wählen Sie die zutreffende Prozedur aus und dokumentieren Sie Datum und Uhrzeit (Beginn der Behandlung)!



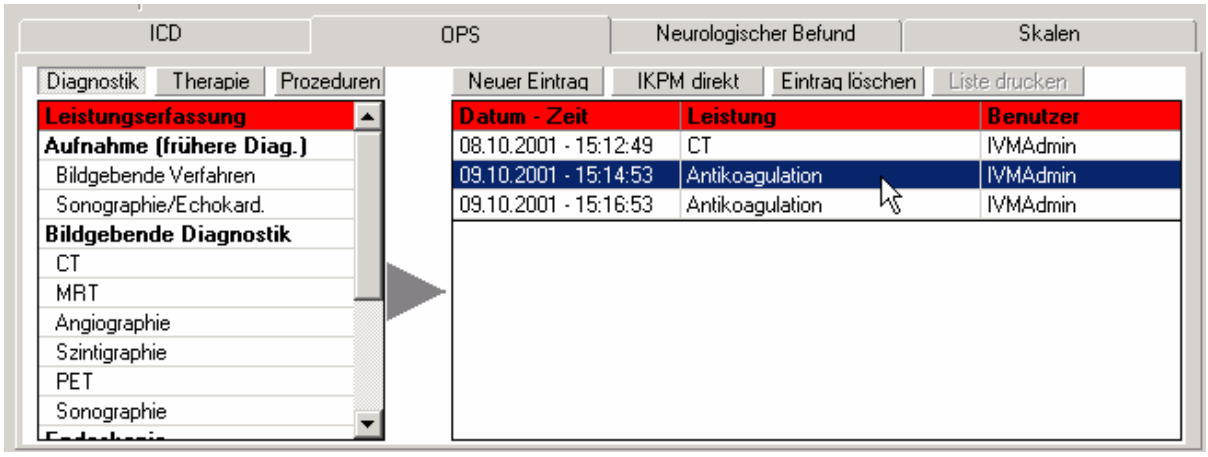
Bei einigen Prozeduren (krankengymnastische Maßnahmen, logopädische Therapie) kann es sinnvoll sein, auch Einheiten oder die Anzahl der Tage (Dialyse) anzugeben.

Über den Button <Übernehmen> wird die Maßnahme mit dem Überbegriff in die Behandlungsliste eingetragen.

Achtung: Die Bestätigung des Feldes „Dauerbehandlung“ weist auf eine Sekundärprophylaxe hin.

Detaillierte Informationen zu jeder Prozedur erhalten Sie, indem Sie die betreffende Prozedur wie in der Abbilung unten markieren und mit Doppelklick aufrufen.

Hier haben Sie auch die Möglichkeit, Datum und Uhrzeit einer Maßnahme zu ändern.


ICD
OPS
Neurologischer Befund
Skalen
Diagnostik
Therapie
Prozeduren
Neuer Eintrag
IKPM direkt
Eintrag löschen
Liste drucken
Leistungserfassung
Aufnahme (frühere Diag.)
Bildgebende Verfahren
Sonographie/Echokard.
Bildgebende Diagnostik
CT
MRT
Angiographie
Szintigraphie
PET
Sonographie
Datum - Zeit
Leistung
Benutzer
08.10.2001 - 15:12:49
CT
IVMAdmin
09.10.2001 - 15:14:53
Antikoagulation
IVMAdmin
09.10.2001 - 15:16:53
Antikoagulation
IVMAdmin

Bei Aufruf einer Prozedur über die Hitliste, können Sie neben Datum und Anzahl auch häufig 'Dauerbehandlung' angeben. Bei Bestätigung dieses Feldes wird diese Maßnahme als Sekundärprophylaxe statistisch ausgewertet.

Falls der zu dokumentierende Patient bereits vor der stationären Aufnahme eine der folgenden Untersuchungen erhalten hat, muss diese ebenfalls dokumentiert werden. Rufen Sie hierzu die Registerkarte <OPS> auf.

In der Hitliste finden Sie unter dem Button <Diagnostik> die Überschrift „Aufnahme (frühere Diagnostik)“. Sie beinhaltet:

- CCT
- CT
- MRT
- CT - Angiographie
- Angio - Magnetresonanztomographie
- DSA
- TTE
- TEE
- TCD
- Dopplersonographie
- Duplexsonographie

Wie dokumentiere ich die Untersuchungen?

Bitte beachten Sie: Diese Prozeduren werden nicht als Maßnahme im Sinne der DKR gewertet.

Der Patient kann durch das zuweisende Krankenhaus vorbehandelt worden sein.
Dies ist bei der Aufnahme zu dokumentieren.

Rufen Sie hierzu die Registerkarte <OPS> auf.

In der Hitliste finden Sie unter dem Button <Prozeduren> die Überschrift „Aufnahme“:

- Operative Dekompression
- Gefäßchirurgischer Eingriff
- Lysetherapie

- Wie dokumentiere ich die Untersuchungen?

Bitte beachten Sie: Diese Prozeduren werden nicht als Maßnahme im Sinne der DKR gewertet.

Sie haben die Möglichkeit der direkten Eingabe der Bildmorphologie über die Hitlisten in der OPS - Registerkarte.

Wie mache ich das?

Rufen Sie hierzu über die Hitliste die Prozedur „CT“ oder „MRT“ auf. Bei allen Prozeduren mit Kontrastmittel erscheint unterhalb des Auswahlfensters nach Auswahl der betreffenden Prozedur ein zusätzlicher Button <Bildmorphologie>.
Nach Betätigen des Buttons haben Sie die Möglichkeit in dem nun aufgeblendeten Fenster die Bildmorphologie direkt einzugeben und mit Betätigen des Buttons „Übernehmen“ zu speichern.

Siehe auch:
- Dokumentation der Biopsie bei Endoskopie
- Wie verknüpfe ich verschiedene Prozeduren?

Sie haben die Möglichkeit der direkten Eingabe der Biopsie bei Endoskopie über die Hitlisten. Rufen Sie hierzu über die Hitliste die Prozedur „Endoskopie“ auf.

Wie mache ich das?

Unterhalb des Auswahlfensters erscheint jetzt ein zusätzlicher Button <Biopsieentnahme>. Nach Betätigen des Buttons haben Sie die Möglichkeit, in dem nun aufgeblendeten Fenster die Biopsieentnahme direkt einzugeben und mit Drücken des Buttons <Übernehmen> zu speichern.

Siehe auch:

- Dokumentation der Bildmorphologie bei CT und MRT
- Wie verknüpfe ich verschiedene Prozeduren?

- Die Dokumentation der Diagnostikmaßnahme ‚Schlucktest' (IKPM 1-799) ist im Programmablauf notwendig und wird in diesem Zusammenhang auch abgefragt.

Bitte dokumentieren Sie die Durchführung der Schlucktestung im OPS und, soweit erforderlich, im Anschluss sofort die ermittelte Diagnose unter der Registerkarte „ICD" unter „Nebendiagnosen", Schluck-, Sprech- und Sprachstörungen"!

Datum und Uhrzeit können Sie direkt in der Liste der durchgeführten Maßnahmen in der Hauptmaske ändern.

Durch Doppelklick auf das Datum öffnet sich ein Eingabefenster.
Nachdem Sie die gewünschten Änderungen vorgenommen haben, verlassen Sie das Eintragsfeld durch Betätigung der Return – Taste!

Sie können Maßnahmen direkt aus dem IKPM dokumentieren.
Über den Button <IKPM direkt> gelangen Sie direkt in den OPS-Katalog.
Hier wählen Sie die gewünschte Leistung aus und speichern diese über Betätigung des Buttons <OK>.
Datum und Uhrzeit können Sie direkt in der Liste der durchgeführten Maßnahmen in der Hauptmaske ändern.

Eine einmal eingetragene Prozedur kann bis auf die Angabe von Datum und Uhrzeit nicht mehr korrigiert werden. Sie haben nur die Möglichkeit, den betreffenden Eintrag zu löschen und neu anzulegen.

Zum Löschen einzelner Prozeduren markieren Sie die betreffende Prozedur und betätigen Sie den Button

.

Um die im OPS – Katalog enthaltenen Behandlungsmaßnahmen an die üblichen Prozeduren bei der Behandlung eines Schlaganfalls anzupassen bzw. um auch die Anforderungen zur Qualitätssicherung zu gewährleisten, wurden die gleichen IKPM - Schlüssel für verschiedene Maßnahmen benutzt, für die bisher kein eigener Schlüssel im OPS vorgesehen ist.
Mit der IKPM 8-999 wird so die gesamten Therapiemaßnahmen unter „Antikoagulation“ dargestellt.

Falls Ihnen Behandlungen in Ihrer Hitliste fehlen, können diese von dem Administrator Ihrer Klinik nachgepflegt werden.
Siehe hierzu Systempflege/Diagnostikverwaltung.

Achtung: Änderungen sollten nur in Absprache mit IVM vorgenommen werden! Andernfalls kann es zu Fehlern bei dem Übertragen von Daten in die Exportdatenbank der externen Qualitätssicherung kommen!

Die Registerkarte „neurologischer Befund“ wird erst in der ersten Ausbaustufe des Programms integriert.

Die Erfassung der Skalen stellt einen wichtigen Bestandteil der Qualitätskontrolle des Behandlungsverlaufs dar.
Aus den ermittelten Punktwerten leitet sich die Nachbehandlung des Patienten ab.

Die Erfassung der Skalen wird nach dem nachfolgendem Zeitschema angefordert und über den Button <Warnung> angemahnt:

Erfassung in der Maske „Behandlungsprozess“:
☞ am 7. Tag nach Aufnahme:
- Barthel Skala
- NIHSS

Da die Ermittlung des Zuweisungs - Algorithmus auf dem aktuellen Gesundheitszustand des Patienten basiert, muss vor Ablauf des Algorithmus die Barthel – Skala und der NIHSS ermittelt werden. Vor Anstoßen des Algorithmus sollte daher möglichst ein aktueller Status erhoben werden!

Siehe auch:
- Vorgehen bei der Skalenerfassung

Zur Optimierung der Patientenversorgung sollte die Weiterbehandlung frühzeitig eingeleitet werden.

Der Algorithmus sollte am siebten Tag nach Einweisung durchgeführt werden.
Er wird in Abhängigkeit von verschiedenen Parametern errechnet:

Maßgeblich sind:

a. Der zuletzt erhobene Barthel- Index und der NIHSS
b. Schluckstörungen, soweit diese im ICD 10 verschlüsselt worden sind

Nachdem alle Bedingungen erfüllt wurden, kann der Algorithmus über Drücken des Buttons

angestoßen werden.

Er errechnet automatisch aus den vorgegebenen Parametern einen Vorschlag für die weiterführende Behandlung:
- Keine Rehabilitation
- Ambulante Physio-, Ergo- und/oder Sprachtherapie
- Ambulante Rehabilitation
- Stationäre Rehabilitation

Falls keine Schlucktestung (OPS 1-799) und keine Dysphagie (ICD R13) verschlüsselt worden sind, wird das Programm den dokumentierenden Arzt durch eine Erinnerungsfunktion hierauf hinweisen. Diese kann überspielt werden. Es handelt sich nicht um eine Pflicheingabe!

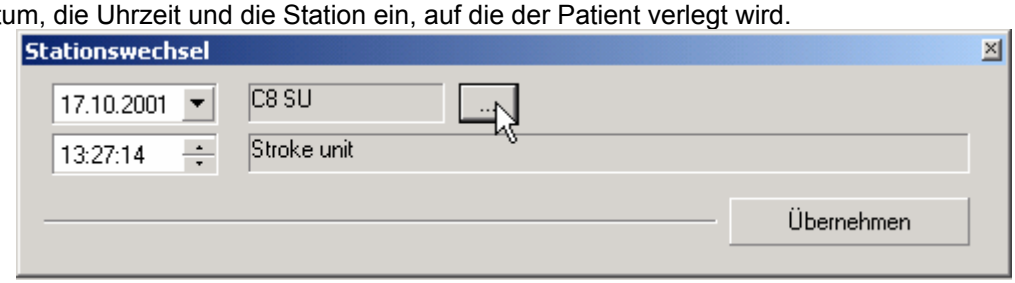
Information: Der Algorithmus wird automatisch bei Setzen des Hakens in dem Feld „Dokumentation abgeschlossen“ in der Entlassungsmaske angestoßen.

Nachdem die nachstationäre Behandlung geplant worden ist, kann in dem Datumsfeld „Übernahme Reha (amb./stat.)“ das vorgesehene Verlegungsdatum dokumentiert werden.

Sie können stationäre Verlegungen innerhalb der eigenen Klinik durch Eintrag in den Verlegungsplan nachvollziehen.

Bitte dokumentieren Sie an dieser Stelle nur **fachabteilungsinterne** Verlegungen! **Fachabteilungsübergreifende** Verlegungen werden in der Entlassungsmaske dokumentiert und müssen bei einer Rückverlegung auch wieder als Neuaufnahme behandelt werden.

Vorgehensweise:
Drücken Sie den Button <Neue Verlegung> und tragen Sie im aufgeblendeten Fenster das Datum, die Uhrzeit und die Station ein, auf die der Patient verlegt wird.



Hausintern sollte abgestimmt werden, ob die verlegende oder die aufnehmende Station die Verlegung dokumentiert.
Verlegungen können durch Markieren der betreffenden Zeile und Betätigen des Buttons <Verlegung löschen> entfernt werden.

Es gibt in der Bahndlungsmaske keine Pflichtfelder.
Sobald der Patient entlassen wird und Sie die Entlassung dokumentieren möchten, können Sie den Behandlungsdatensatz schließen. Der Datensatz des Patienten erhält den Status „Behandlung abgeschlossen“. Nach Setzen des Hakens können Sie den geschlossenen Datensatz nur noch von einem Administrator Ihrer Klinik wieder öffnen lassen.

Der Status wird wie dargestellt im Statusfenster angezeigt:

Die Entlassung wird aktiviert durch Drücken des Buttons <NEU>. Erst danach sind die Felder beschreibbar und der Status wird auf „nicht vollständig dokumentiert“ gesetzt:

Was möchten Sie tun?

- Eingabe der vorgesehenen Nachsorge (Pflichtfeld)
- Angabe der entlassenden Station (Pflichtfeld)
- Angaben über die Entlassung in weiterbehandelnde Krankenhäuser
- Planung der Nachsorgeuntersuchung oder Nachbefragung (Follow up)
- Angabe der Verlegung in eine fremde Fachabteilung
- Angabe des Entlassungsdatums
- Eingabe von geplanten nachstationären Prozeduren
- Eingabe der Skalen bei Entlassung
- Durchführung des Algorithmus
- Abschließen der Dokumentation
- Nachtragen der fehlenden Krankenkasse

Durch Betätigen des Buttons

wird das Auswahlfeld zur Eingabe der „Vorgesehenen Nachsorge“ beschreibbar. Wählen Sie bitte aus dem Auswahlfeld die geplante Nachsorge aus.

Weicht der von Ihnen gemachte Eintrag von dem durch den Algorithmus ermittelten Vorschlag für die Rehabilitation ab, wird bei Setzen des Hakens bei „Dokumentation abgeschlossen“ ein Auswahlfenster angezeigt mit Gründen, die zum Abweichen der Rehabilitationsmaßnahme geführt haben.

Bei der Angabe der entlassende Station handelt es sich um ein Pflichtfeld.

Über Betätigen des Buttons

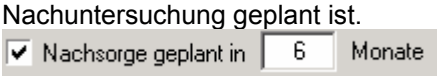
haben Sie Zugriff auf die Stationsauswahl. In dem nun aufgeblendetem Fenster geben Sie Datum und Uhrzeit der Entlassung an (besonders wichtig bei Nacherfassung der Entlassung!) und die entlassende Station.

Sie haben die Möglichkeit, in dem Feld „Krankenhaus“ den Krankenhausname anzugeben, in welchem der Patient weiterbehandelt wird.

Betätigen Sie den Button um aus der Auswahlliste das betreffende Krankenhaus auszuwählen.
In dem **nachfolgenden Auswahlfeld** können Sie die Fachrichtung angeben, in welcher der Patient entlassen wird. Wählen Sie „Sonstiges Krankenhaus“, wenn keine der aufgeführten Kategorien passend ist.

Achtung: Das **nachfolgende Auswahlfeld** vewandelt sich in eine Pflichfeld, sobald Sie eine Angabe in dem Feld 'Krankenhaus' machen.

Der Patient sollte in jedem Fall einen Nachsorgetermin erhalten. Bitte bestätigen Sie die Vergabe dieses Termins in der Entlassungsmaske und geben Sie an, in wie viel Monaten die Nachuntersuchung geplant ist.



Durch Drücken des Buttons

kann das Feld „Verlegungsplan Abteilungen“ aktiv geschaltet werden.
Drücken Sie den Button <Neue Verlegung> und tragen Sie im aufgeblendeten Fenster das Datum, die Uhrzeit und die Fachabteilung ein, auf die der Patient verlegt wird.

Bitte dokumentieren Sie **Datum und Uhrzeit** in der Entlassungsmaske.
Vorgeblendet wird vom System das aktuelle Datum.

Zur Eingabe von geplanten nachstationären Prozeduren verfahren Sie bitte bei der Eingabe wie folgt:

Rufen Sie in der OPS-Registerkarte die entsprechende Prozedur auf. Geben Sie aber als Termin ein Datum nach Entlassung an, entweder das tatsächlich oder ein beliebiges Datum nach dem Entlassungstag. Die Maßnahme wird bei allen statistische Auswertungen automatisch als „geplant“ auswertet werden.

Die Erfassung der Skalen stellt einen wichtigen Bestandteil der Qualitätskontrolle des Behandlungsverlaufs dar.
Aus den ermittelten Punktwerten leitet sich die Nachbehandlung des Patienten ab.

Die Erfassung der Skalen wird nach dem nachfolgendem Zeitschema angefordert und über den Button <Warnung> angemahnt:

Erfassung in der Maske „Entlassung“:
- Rankin Skala
- Barthel Skala
- NIHSS

Da die Ermittlung des Zuweisungs - Algorithmus auf dem aktuellen Gesundheitszustand des Patienten basiert, muss vor Ablauf des Algorithmus die Barthel – Skala und der NIHSS ermittelt werden. Vor Anstoßen des Algorithmus sollte daher möglichst ein aktueller Status erhoben werden!

Siehe auch:
- Vorgehen bei der Skalenerfassung

Sie haben die Möglichkeit, den Algorithmus über den Button <go> in der Entlassungsmaske noch einmal manuell anzustoßen.
Bei Setzen des Hakens bei „Datensatz abschließen“ läuft der Algorithmus aber auch automatisch noch einmal ab und wertet alle aktuell eingegebenen Daten aus.

Sobald Sie alle Pflichtfelder dokumentiert haben, können Sie den Patientendatensatz schließen. Der Datensatz des Patienten erhält den Status „Behandlung abgeschlossen“. Nach Setzen des Hakens können Sie den geschlossenen Datensatz nur noch von einem Administrator Ihrer Klinik wieder öffnen lassen.

Der Status wird wie dargestellt im Statusfenster angezeigt:

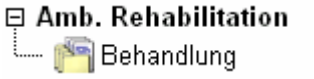
Erst nach schließen des Datensatzes in der Entlassungsmaske kann der Datensatz exportiert werden!

Der Datensatz kann nur abgeschlossen werden, wenn eine Krankenkasse angegeben wurde. Bitte tragen Sie bei der obigen Fehlermeldung die Krankenkasse im Menüpunkt „Zeigen/Bearbeiten“ nach.

Weicht die angegebene Rehabilitationsmaßnahme im Feld „vorgesehene Rehabilitationsmaßnahme“ von dem Vorschlag des Algorithmus ab, wird nach Schließen der Dokumentation ein Auswahlfenster angezeigt mit möglichen Gründen, die zum Abweichen der Rehabilitationsmaßnahme geführt haben. Bitte wählen Sie einen Ausschlussgrund aus.

Bestätigen Sie den Grund mit dem Button <Datensatz abschließen>.

Die ambulante Rehabilitation besteht nur aus dem Menüpunkt Behandlung.



Was wollen Sie tun?

- Die Behandlung beginnen
- Vorgesehen Dauer der Behandlung angeben
- Dokumentieren der Hauptdiagnose und Nebendiagnose sowie der Risikofaktoren
- Dokumentieren der Prozeduren
- Eingabe der erhobenen Skalen
- Abschließen des Datensatzes

Alle **grün unterlegten Felder** sind Pflichtfelder und somit auszufüllen.

Markieren Sie den Patienten in der Patientenliste, den Sie in die ambulante Rehabilitation aufnehmen möchten, bzw. legen Sie einen neuen **Patientendatensatz** an.

Die Eingabemaske wird aktiv durch Drücken des Buttons <NEU>. Erst danach sind die Felder beschreibbar und der Status wird auf „nicht vollständig dokumentiert“ gesetzt:

Die Dauer der ambulanten Rehabilitation muss dokumentiert werden. Nehmen Sie hierzu Eintragungen in den dafür vorgesehenen Auswahlfeldern vor.

Beachten Sie, dass für die ambulante Rehabilitation der ICD 10 Version 2.0 hinterlegt ist und nicht der ICD 10 Version 1.3.! Ggf. müssen die eingegebenen Ziffern überarbeitet werden.

Was möchten Sie tun?

- Dokumentation von Prozeduren
- Dokumentation von Sekundärprophylaxen
- Dokumentation von Vorbefunden
- Dokumentation der Bildmorphologie
- Dokumentation der Biopsie bei Endoskopie
- Ändern von Datum und Uhrzeit einer bereits dokumentierten Prozedur
- Löschen von Prozeduren
- Dokumentation von Prozeduren direkt aus dem OPS - Katalog

-

Die stationäre Rehabilitation besteht aus den Masken Aufnahme, Behandlung und Entlassung.

Alle **grün unterlegten Felder** sind Pflichtfelder und somit auszufüllen.

Rehabehandlung: Aufnahmemaske

Bei der Dokumentation der Aufnahme handelt es sich um einen Zeitpunkt. Die Dokumentation sollte innerhalb der ersten 24 Stunden nach Aufnahme des Patienten abgeschlossen sein.

Nach dem Aktivieren der Eingabemaske wird der Status der Dokumentation oben rechts in der Maske angezeigt, und auf „nicht vollständig dokumentiert“ gesetzt.

Was möchten Sie tun?

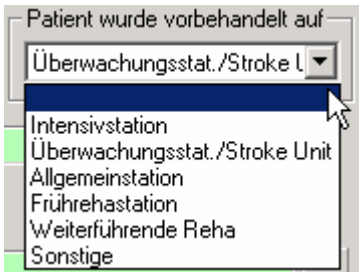
- Aufnahmemaske aktivieren
- Eingabe des Ereignisdatums
- Eingabe des Aufnahmedatums und der Aufnahmeuhrzeit
- Eingabe des Aufnahmegrundes nach § 301
- Eingabe der Aufnehmenden Station
- Einweisung
- Versorgung vor akutem Ereignis
- Eingabe der Hauptdiagnose und Nebendiagnose sowie der Risikofaktoren
- Einer Diagnose Bemerkungen hinzufügen
- Eingabe des Entlassungsdatums aus der Akutbehandlung
- Eingabe der Prozeduren
- Dokumentation er ermittelten Skalen
- Angabe des Entlassungsdatums des Patienten aus Akut
- Angabe der vorbehandelnden Fachabteilung
- Angaben der durchgeführten vorstationären Maßnahmen zur Diagnostik
- Eingabe der Einweisungsart
- Angabe der zuweisenden Institution

Durch Anzeigen des grünen Hakens im Statusfenster wird deutlich gemacht, dass alle

In der **Aufnahmemaske** der stationären Rehabilitstion wird das Entlassungsdatum des Patienten aus der Akutklinik abgefragt. Hierbei handelt es sich um ein Pflichtfeld.

In dem Modul stationäre Rehabilitation muss in der Aufnahmmaske bei der Auswahl der „Externen Verlegung“ die **Fachrichtung der einweisenden Klinik** angegeben werden, welche die Einweisung vornimmt.

Bitte dokumentieren Sie die Fachrichtung, von welcher der Patient in die Rehabilitationsbehandlung verlegt wurde. Hierbei handelt es sich um ein Pflichtfeld.



Eingabe der Skalen

Die Erfassung der Skalen stellt einen wichtigen Bestandteil der Qualitätskontrolle des Behandlungsverlaufs dar. Aus den ermittelten Punktwerten leitet sich die Nachbehandlung des Patienten ab.

Die Erfassung der Skalen wird nach dem folgenden Zeitschema angefordert:

Rehabilitationsbehandlung ⇨ bei Aufnahme, währed des Behandlungsprozesses und bei der Entlassung

☞ **bei Aufnahme**
- Rankin Skala
- Barthel Skala
- Frühreha Skala
- NIHSS

☞ **14 Tage nach Aufnahme**
- Barthel Skala
- NIHSS

☞ **bei der Entlassung**
- Rankin Skala
- Barthel Skala
- Frühreha Skala
- NIHSS

Was möchten sie tun?
Neu Skala anlegen

Die Dokumentation des Behandlungsprozesses umfasst den gesamten stationären Aufenthalt des Patienten.

Die Dokumentation der Behandlung wird ebenfalls angestoßen durch Drücken des Buttons <NEU>. Erst danach sind die Felder eingabebereit und der Status wird auf „nicht vollständig dokumentiert“ gesetzt:

Achtung: Bei Übernahme der Patientendaten aus dem KIS muss diese Maske evtl. nicht geöffnet werden, sondern befindet sich bereits im aktiven Zustand!

Die Aufnahmediagnose sowie die Nebendiagnosen und Risikofaktoren und die bereits dokumentierten Skalen und Prozeduren werden aus dem Menüpunkt „Aufnahme“ automatisch übernommen. Die Anzeige erfolgt, nachdem der Button <NEU> betätigt wurde.

Was möchten Sie tun?

- Dokumentation von Diagnosen im Behandlungsprozess

- Dokumentation von Prozeduren im Behandlungsprozess
- Dokumentation von Sekundärprophylaxen
- Dokumentation von Vorbefunden
- Dokumentation von vorstationären Eingriffen
- Dokumentation der Bildmorphologie
- Dokumentation der Biopsie bei Endoskopie
- Ändern von Datum und Uhrzeit einer bereits dokumentierten Prozedur
- Löschen von Prozeduren
- Dokumentation von Prozeduren direkt aus dem OPS - Katalog

- Die Registerkarte 'Neurologischer Befund'

- Anstoßen des Algorithmus in der Behandlungsmaske

- Dokumentation von fachabteilungsinternen Verlegungen

- Abschließen der Dokumentation

Zur Optimierung der Patientenversorgung sollte die Weiterbehandlung frühzeitig eingeleitet werden.

Der Algorithmus sollte am vierzehnten Tag nach Einweisung durchgeführt werden.
Er wird in Abhängigkeit von verschiedenen Parametern errechnet:

Maßgeblich sind:

c. Der zuletzt erhobene Barthel- Index und der NIHSS
d. Schluckstörungen, soweit diese im ICD 10 verschlüsselt worden sind

Nachdem alle Bedingungen erfüllt wurden, kann der Algorithmus über Drücken des Buttons

angestoßen werden.

Er errechnet automatisch aus den vorgegebenen Parametern einen Vorschlag für die weiterführende Behandlung:
- Keine Rehabilitation
- Ambulante Physio-, Ergo- und/oder Sprachtherapie
- Ambulante Rehabilitation
- Stationäre Rehabilitation

Falls keine Schlucktestung (OPS 1-799) und keine Dysphagie (ICD R13) verschlüsselt worden sind, wird das Programm den dokumentierenden Arzt durch eine Erinnerungsfunktion hierauf hinweisen. Diese kann überspielt werden. Es handelt sich nicht um eine Pflicheingabe!

Information: Der Algorithmus wird automatisch bei Setzen des Hakens in dem Feld „Dokumentation abgeschlossen“ in der Entlassungsmaske angestoßen.

Die Dokumentation der Entlassung wird ebenfalls angestoßen durch Drücken des Buttons <NEU>. Erst danach sind die Felder beschreibbar und der Status wird auf „nicht vollständig dokumentiert“ gesetzt:

Was möchten Sie tun?

- Eingabe der vorgesehenen Nachsorge (Pflichtfeld)
- Angabe der entlassenden Station (Pflichtfeld)
- Angaben über die Entlassung in weiterbehandelnde Krankenhäuser
- Planung der Nachsorgeuntersuchung oder Nachbefragung (Follow up)
- Angabe der Verlegung in eine fremde Fachabteilung
- Angabe des Entlassungsdatums
- Eingabe von geplanten nachstationären Prozeduren
- Eingabe der Skalen bei Entlassung
- Durchführung des Algorithmus
- Abschließen der Dokumentation
- Nachtragen der fehlenden Krankenkasse

Die Erfassung der Skalen stellt einen wichtigen Bestandteil der Qualitätskontrolle des Behandlungsverlaufs dar.
Aus den ermittelten Punktwerten leitet sich die Nachbehandlung des Patienten ab.

Die Erfassung der Skalen wird nach dem nachfolgendem Zeitschema angefordert und über den Button <Warnung> angemahnt:

Erfassung in der Maske „Entlassung stat. Rehabilitation“:
- Rankin Skala
- Barthel Skala
- Frühreha - Barthel
- NIHSS

Da die Ermittlung des Zuweisungs - Algorithmus auf dem aktuellen Gesundheitszustand des Patienten basiert, muss vor Ablauf des Algorithmus die Barthel – Skala und der NIHSS ermittelt werden. Vor Anstoßen des Algorithmus sollte daher möglichst ein aktueller Status erhoben werden!

Siehe auch:
- Vorgehen bei der Skalenerfassung

Zum Verständnis: Die Datenbank soll die Behandlung eines Schlaganfallpatienten vollständig, das bedeutet zentrumsübergreifend, abbilden. Die Daten werden zum Zweck der zentrumsübergreifenden Auswertung auf einem zentralen Rechner in einer Masterdatenbank zusammengeführt.
Dies ist sinnvoll einen Patienten auszuschließen, der aus einem bestimmten Grund aus dem Behandlungsprogramm Schlaganfall ausscheidet und welcher voraussichtlich auch keine Folgebehandlung in Anspruch nehmen wird. So wird auch für die Auswertung deutlich, dass diesem Patienten (voraussichtlich) kein neuer Datensatz mehr zugeordnet wird.

Bitte beachten Sie
Ein Ausschluss des Patienten ist nicht gleichzusetzen mit der Entlassung aus dem Krankenhaus oder der Rehabilitationseinrichtung, sondern er signalisiert den Ausschluss aus dem zentrumsübergreifenden Behandlungsprogramm.

Mehrere Gründe können zu einem Ausschluss führen:

- Die Aufnahmediagnose ‚Schlaganfall' hat sich nicht bestätigt
- Tod des Patienten
- Wohnortwechsel (wechsel des Bundeslandes)
- Wechsel des Krankenhauses: der Patient wechselt in eine Institution, welche nicht an dem Programm zur Qualitätssicherung in der Schlaganfallbehandun teilnimmt

Beispiele

a) Ein Patient nimmt den Termin zur Nachuntersuchung nicht wahr. Auch dieser Patient sollte ausgeschlossen werden.
b) Ein Patient wird mit Verdacht auf Schlaganfall stationär aufgenommen. Die Diagnose bestätigt sich nicht. Der Patient kann sofort aus dem Programm ausgeschlossen werden. Sie müssen in diesem Fall keine weiteren Pflichtfelder im Modul Akutbehandlung dokumentieren!

Achtung: Ein Patient kann jederzeit wieder eingeschlossen werden!

Duchführung

Markieren Sie den Patienten, den Sie ausschließen möchten, in der Patientenliste.
Rufen Sie sich dann das Modul „Ausschluss“ auf.
Die Dokumentation des Ausschlussverfahrens wird angestoßen durch Drücken des Buttons <NEU>. Beantworten Sie, nach nochmaliger Kontrolle des aufgerufenen Patientennamens, die Frage nach dem Ausschluss mit <Ja>.

Datum und Uhrzeit: Dokumentieren Sie Datum und Uhrzeit des Ausschluss.
Grund: Bitte wählen Sie aus dem Auswahlfeld „Grund“ den Grund des Ausschlusses aus. Falls keiner der angegebebenen Gründe zutriff, haben Sie die Möglichkeit in dem Freitextfeld 'Bemerkungen' die Ursache des Ausschlusses anzugeben.
Hauptdiagnose: Bitte Dokumentieren Sie die Ausschlussdiagnose. Dies ist besonders wichtig in den Fällen, in denen sich die Aufnahmediegnose Schlaganfall nicht bestätigte.
Dokumentation abschließen: Sobald Sie alle Pflichtfelder dokumentiert haben, können Sie den Datensatz zum Ausschluss schließen.

Die Integration des Follow-Up Moduls erfolgt in der nächsten Programmversion.
Sie bietet die Möglichkeit der einfachen Erfassung von Patientendaten zur Nachuntersuchung.

Das Programm wird an die Vorgaben der Qualitätssicherung Schlaganfall - Hessen angepasst. Individuelle Anpassungen (z.B. Follow Up nach DGN Kerndatensatz) sind möglich. Bitte wenden Sie sich bei Fragen hierzu an das Institut IVM.

In der vorliegenden Version ist das Programm kompatibel zu dem im Rahmen der Qualitätssicherung Schlaganfall in Hessen verwandten Instrumentariums sowie des Kerndatensatzes der DGN (vgl. Benutzerhandbuch, Kaitel 12 und Anhang). Auf der Ebene des individuellen Anwenders lässt sich das Programm jedoch beliebig um weitere Erhebungsmerkmale ergänzen.

Der aktuelle Datensatz der SDB ist so konfiguriert, dass der aktuelle GQH - Datensatz vollständig abgebildet wird (Standardkonfiguration).
Ein Export des erfordelichen Datendsatzes (beispielweise des aktuellen GQH - Datensatzes) kann jederzeit zur Verfügung gestellt werden.

Dies bedeutet für die Anwender, dass sie keine Doppelerfassung der Daten vornehmen müssen. Die Vollständigkeit des Datensatzes wird über die angelegten Pflichtfelder gesteuert. Einen schematischen Überblick über die eingegebenen Diagnosen und Leistungen kann der Arzt über den Patientenausdruck erhalten der daher auch zur Selbstkontrolle dient.

Die SDB wird Veränderungen des GQH – Datensatzes kurzfristig abbilden. Im Regelfall werden alle eingegebenen Daten retrospektiv auf den neuen GQH-Datensatz angepasst werden. Allerdings kann es zu Zeitverzögerungen kommen, falls neue Abfragen in das Programm über ein Up - Date integriert werden müssen.

Sie haben die Möglichkeit im Tagesablauf die folgenden Module zu pflegen und Ihren Bedürfnissen anzupassen:
- Eingabe von Krankenhäuser
- Eingabe der Ärzte

Einzelne Module der Schlaganfalldatenbank müssen durch einen Administrator gepflegt werden.

Hierzu gehören:
- die Benutzerverwaltung
- das Pflegen der Pflichtfelder
- das Anlegen von Stationen und Fachabteilungen
- die Durchführung des Datenexports in die Masterdatenbank
- die Datensicherung bei lokalen Installationen
- die Verwaltung der Hitlisten für die Diagnosenauswahl und die Diagnostik

Die Verwaltung der Hitlisten muss im Krankenhaus zentral durch den Administrator gepflegt werden.

Bitte halten Sie bei der Änderung der bestehenden Hitliste immer Rücksprache mit IVM!

Wählen Sie in der Menüleiste den Punkt <Akutbehandlung> und den Unterpunkt <Verwaltung> aus. Sie haben in dem nun aufgeblendeten Fenster die Möglichkeit, zwischen der Registerkarte 'Diagnosenverwaltung' und 'Diagnostikverwaltung' auszuwählen.

Wählen Sie im Menü <Akutbehandlung> den Unterpunkt <Verwaltung> aus. Sie haben in dem nun aufgeblendeten Fenster die Möglichkeit, zwischen der Registerkarte 'Diagnosenverwaltung' und 'Diagnostikverwaltung' auszuwählen.

Nachdem Sie die Registerkarte 'Diagnostikverwaltung' aufgerufen haben,
wählen Sie als erstes aus, in welcher Hitliste Sie Prozeduren hinzufügen, ändern oder löschen möchten:

- Diagnostik
- Therapie
- Prozeduren

Bearbeiten von Oberbegriffen im Bereich <Feldnamen>:
Nachdem Sie ausgewählt haben, in welcher Hitliste Sie die Diagnosen bearbeiten möchten, fahren Sie wie folgt fort:

Was möchten Sie tun?

- Anlegen einer neuen Hauptgruppe
- Ändern einer Hauptgruppe
- Ändern einer Überschrift in der Hitlistenanzeige
- Löschen von Hauptgruppen

Eingabe der auswählbaren Prozeduren:
Bearbeiten von Oberbegriffen im Bereich <Position>
Die Eingabe in dem Bereich <Position> ermöglicht die Gruppierung von kodierbaren Prozeduren direkt unter einer ausgewählten Obergruppe.
Wählen Sie im Bereich <Feldname> die Obergruppe aus, in der Sie einen weiteren IKPM - Schlüssel hinzufügen möchten.

Was möchten Sie tun?

- Anlegen einer neuen Prozedur
- Hinzufügen einer Unterauswahl für eine Prozedur
- Ändern einer bereits bestehenden Prozedur
- Löschen einer Prozedur

Anlegen einer neuen Hauptgruppe

Drücken Sie den Button

im Bereich <Feldname>. Hierauf werden die Felder <Feldname> und <Bezeichnung> aktiv, signalisiert durch den Eintrag ***NEU***. Geben Sie jetzt im Feld <Bezeichnung> den Namen der neuen Gruppe ein. Klicken Sie einmal mit der Maus in das Textfeld <Feldname>: Die neue Bezeichnung wird automatisch in die Liste der Oberbegriffe übernommen.

Als letztes geben Sie in dem Bereich <Gruppenname> den Oberbegriff der Prozedur ein. Dieser wird in der Auswahl später dann als fettgeschrieben Überschrift angezeigt werden.

Kontrollieren Sie Ihren Eintrag in der OPS Registerkarte!

Ändern einer Hauptgruppe
Nachdem Sie die Hitliste über Drücken des Buttons <Diagnostik>, <Therapie> oder <Prozeduren> ausgewählt haben, suchen Sie die zu ändernde Hauptgruppe aus dem drop-drown Menü in dem Bereich <Feldnamen> aus.
Ändern Sie danach den Namen im Textfeld <Bezeichnung>. Durch einmaliges Anklicken der Maus wird die Änderung des Namens übernommen. Die Änderung des Namens hat keinen Einfluss auf die kodierfähigen Prozeduren!

Zum Ändern einer Überschrift, wählen Sie aus dem drop-drown Menü in dem Bereich <Feldnamen> eine der Prozeduren aus, die der betreffenden Kategorie zugeordnet sind. Ändern Sie dann die Überschrift im Feld „Gruppenname“. Die Änderung wird beim nächsten Aufruf der OPS-Registerkarte automatisch übernommen.

Beachten Sie die Hinweise in der Diagnosikverwaltung!

Nachdem Sie die Hitliste über Drücken des Buttons <Diagnostik>, <Therapie> oder <Prozeduren> ausgewählt haben, suchen Sie die betreffende Hauptgruppe aus dem drop-drown Menü in dem Feld <Feldnamen> aus. Bestätigen Sie dann den Button

. Durch Löschen der Hauptgruppe werden auch alle darunter befindlichen Prozeduren gelöscht!

Beachten Sie die Hinweise in Diagnosikverwaltung!

Drücken Sie zum Anlegen einer neuen Prozedur den Button

im Bereich <Position>. Hierauf werden die Felder <Position> und <Code> aktiv, signalisiert durch den Eintrag ***NEU***. Rufen Sie durch Drücken des Buttons <OPS Auswahl> den OPS Katalog auf. Im Katalog markieren Sie die Diagnose, die Sie hinzufügen möchten. Über Bestätigen des Buttons <OK> übernehmen Sie die Diagnose.

Um den Text bearbeiten und aus dem OPS – Katalog übernehmen zu können, betätigen Sie den Button <Text>. In dem sich öffnenden Bearbeitungsfenster können Sie den aus dem OPS Katalog übernommenen Text bearbeiten.

Schalten Sie durch setzen eines Hakens noch die folgenden Felder frei:

- Datum und Uhrzeit

Dieses Feld sollten Sie immer frei geben.

- Tage

Fragt die Anzahl der Tage ab, an denen die Prozeduren durch durchgeführt wurde.

- Dauerbehandlung

Prozeduren, die als Sekundärprophylaxe in Frage kommen, sollten „Dauerbehandlung“ freigeschaltet bekommen.

- Einheiten

Die Angabe der Einheiten ist z. B. bei Physiotherapie sinnvoll.

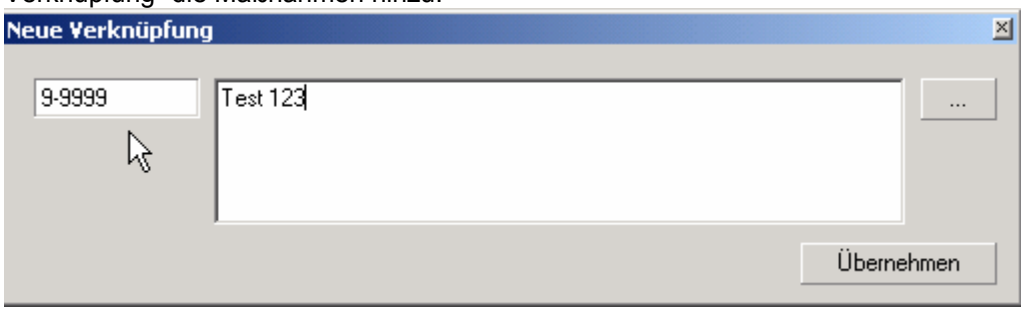
- Mehrfachauswahl

Wenn Sie eine Mehrfachauswahl gestatten, kann der Benutzer Eingabefelder übergehen. Falls Sie den Haken nicht setzen, muss er alle Angaben, die Sie bestätigt haben, auch ausfüllen.

Wie fügen Sie einer Prozedur eine Unterauswahl zu?

In dem Fall, dass eine Prozedur häufig mit einer weiteren codierbaren Maßnahme durchgeführt wird, kann man diese automatisch als Auswahl zur Verfügung stellen.
Geben Sie hierzu in das Feld „Unterauswahlname“ den Oberbegriff hinzufügbaren Leistungen an.

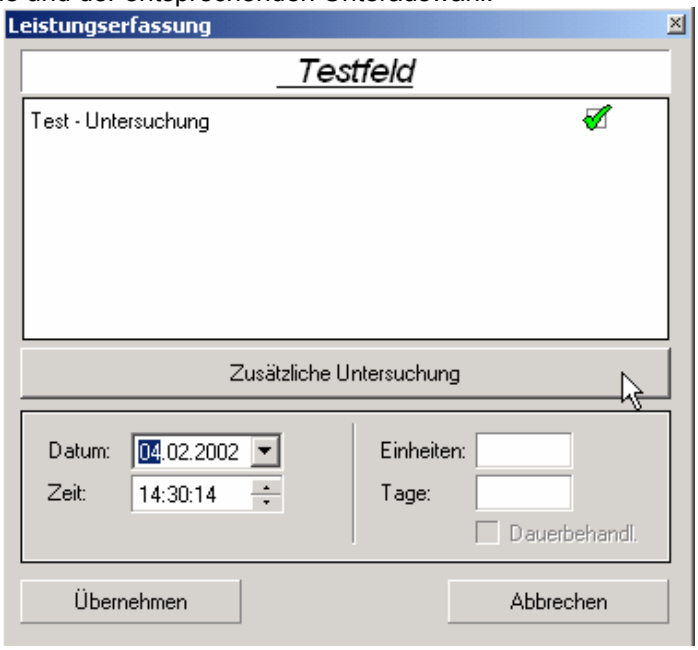
Wählen Sie jetzt den Button <NEU> und fügen Sie in dem aufgeblendeten Fenster „Neue Verknüpfung“ die Maßnahmen hinzu.



In dem linken kleinem Fenster geben Sie den ICPM – Schlüssel an und in dem großen Eingabefenster können Sie diesem einen beliebigen Text hinzufügen. Es ist aber auch möglich, über den Button

direkt eine Auswahl über den OPS-Katalog vorzunehmen.
Bestätigen Sie die Eingabe mit <Übernehmen>.

Bei Auswahl des Hauptprozedur erscheint im Auswahlfenster ein Button mit dem Obergruppenname und der entsprechenden Unterauswahl!



Wählen Sie aus dem drop - drown Menü in dem Feld <Position> die zu **ändernde Prozedur** aus.

Den OPS Schlüssel können Sie direkt im Fenster „Code“ ändern. Um den zugehörigen Text zu bearbeiten, drücken Sie den Button <Text>. Hierauf öffnet sich ein Fenster, in welchem Sie direkt den Text bearbeiten können. Nach Schließen des Textfensters ist der Text online übernommen worden.
Die Position einer Prozedur im Auswahlfenster können Sie ebenfalls durch einfaches Auswählen einer neuen Zahl im Feld <Reihenfolge> ändern.

Nachdem Sie die aus dem drop - drown Menü in dem Feld <Position> die zu löschende Prozedur ausgewählt haben, betätigen Sie den Button Löschen.

Wählen Sie im Menü <Akutbehandlung> den Unterpunkt <Verwaltung> aus. Sie haben in dem nun aufgeblendeten Fenster die Möglichkeit, zwischen der Registerkarte 'Diagnosenverwaltung' und 'Diagnostikverwaltung' auszuwählen.

Hinweis:
Sie haben keine Möglichkeit die Liste der Hauptdiagnosen zu ändern. Patienten, die keine der aufgeführten Hauptdiagnose bekommen sind nicht Bestndteilo des Schlaganfallprogramms.

Wählen Sie die Hauptgruppe aus, in welcher Sie eine Diagnise hinzufügen oder löschen möchten:
- Nebendiagnosen
- Komplikationen
- Risiken

Anlegen einer neuen Diagnose:
Wählen Sie in dem Drop-Down Menü des Bereichs "Feldnamen" die Obergruppe aus, der Sie eine Diagnose hinzufügen möchten (beispielsweise 'Diabetes mellitus').

Drücken Sie den Button Neu im Bereich <Position>. Hierauf werden die Felder <Position> und <Code> aktiv, signalisiert durch den Eintrag ***NEU***. Rufen Sie durch Drücken des Buttons <ICD Auswahl> den ICD - 10 Katalog auf. Im Katalog markieren Sie die Diagnose, die Sie der Obergruppe hinzufügen möchten. Über Bestätigen des Buttons <OK> übernehmen Sie die Diagnose.
Um den Text bearbeiten zu können, betätigen Sie den Button <Text>. In dem sich öffnenden Bearbeitungsfenster können Sie den aus dem ICD 10 Katalog übernommenen Text bearbeiten.

Zum Schluss geben Sie die Position an, an der die neue Diagnose im Auswahlfeld erscheinen soll. Sie haben die Möglichkeit, aus dem Auswahlfenster <Reihenfolge> eine Abfolge von 1 bis 99 auszuwählen. Achten Sie darauf, dass Sie nicht eine bereits vergebene Positionsnummer auswählen.

Die neu eingegebene Diagnose stejt sofort in der Auswahl zur Verfügung.

Löschen einer Diagnose
Nachdem Sie die aus dem drop - drown Menü in dem Feld <Position> die zu löschende Diagnose ausgewählt haben, betätigen Sie den Button Löschen.

Anlegen einer neuen Diagnose - Hauptgruppe:

Drücken Sie den Button Neu im Bereich <Feldname>. Hierauf werden die Felder <Feldname> und <Bezeichnung> aktiv, signalisiert durch den Eintrag ***NEU***. Geben Sie jetzt im Feld <Bezeichnung> den Namen der neuen Gruppe ein. Wählen Sie hierfür eine Bezeichnung analog dem ICD 10 Katalog! Klicken Sie einmal mit der Maus in das Textfeld <Feldname>:
Die neue Bezeichnung wird automatisch in die Liste der Oberbegriffe übernommen.

Sie haben die Möglichkeit, Fachabteilungen und Stationen Ihres Krankenhauses selbständig zu pflegen. So können Sie schnell und unkompliziert die Datenbanken aktualisieren.

Pflegen der Fachabteilungen
Drücken Sie in der Symbol - Menüleiste den Button <Abteilungen>. In dem nun aufgeblendeten Fenster sehen Sie alle bis dahin eingegebenen Fachabteilungen gelistet.

Zum Bearbeiten bereits bestehender Fachabteilungen markieren Sie die betreffende Zeile und drücken Sie den Button <Bearbeiten>.
In dem nächsten Fenster geben Sie die neue Kurzbezeichnung bzw. die Änderung der Fachabteilungsbezeichnung ein.

Legen Sie **neue Fachabteilungen** über den Button <Neu> an.
Hierbei geben Sie in dem aufgeblendeten Fenster in die leeren Felder die Kurzbezeichnung und die Bezeichnung der Fachabteilung ein.
Über Betätigung des Buttons <Übernehmen> wird die Fachabteilung im System übernommen und steht in den Auswahllisten (z.B. bei Verlegung in der Entlassungsmaske) bereit.

Pflegen der Stationen und Ihrer Kennzeichen
Drücken Sie in der Symbol - Menüleiste den Button <Stationen>. In dem nun aufgeblendeten Fenster sehen Sie alle bis dahin eingegebenen Fachabteilungen gelistet.

Zum Bearbeiten bereits bestehender Stationen markieren Sie die betreffende Zeile und drücken Sie den Button <Bearbeiten>.
In dem nächsten Fenster geben Sie die neue Kurzbezeichnung bzw. die Änderung der Stationebzeichnung oder weisen Sie eine andere Kennzeichnung zu.

Legen Sie **neue Stationen** über den Button <Neu> an.
Hierbei geben Sie in dem aufgeblendeten Fenster in die leeren Felder die Kurzbezeichnung und die Bezeichnung der Station ein und weisen Sie ein Kennzeichen zu.
Über Betätigung des Buttons <Übernehmen> wird die Station im System übernommen und steht in den Auswahllisten (z.B. bei Verlegung in der Entlassungsmaske) bereit.

Pflegen der Fachabteilungen
Drücken Sie in der Symbol - Menüleiste den Button <Abteilungen>. In dem nun aufgeblendeten Fenster sehen Sie alle bis dahin eingegebenen Fachabteilungen gelistet.

Zum Bearbeiten bereits bestehender Fachabteilungen markieren Sie die betreffende Zeile und drücken Sie den Button <Bearbeiten>.
In dem nächsten Fenster geben Sie die neue Kurzbezeichnung bzw. die Änderung der Fachabteilungsbezeichnung ein.

Legen Sie **neue Fachabteilungen** über den Button <Neu> an.
Hierbei geben Sie in dem aufgeblendeten Fenster in die leeren Felder die Kurzbezeichnung und die Bezeichnung der Fachabteilung ein.
Über Betätigung des Buttons <Übernehmen> wird die Fachabteilung im System übernommen und steht in den Auswahllisten (z.B. bei Verlegung in der Entlassungsmaske) bereit.

Pflegen der Stationen und Ihrer Kennzeichen
Drücken Sie in der Symbol - Menüleiste den Button <Stationen>. In dem nun aufgeblendeten Fenster sehen Sie alle bis dahin eingegebenen Fachabteilungen gelistet.

Zum Bearbeiten bereits bestehender Stationen markieren Sie die betreffende Zeile und drücken Sie den Button <Bearbeiten>.
In dem nächsten Fenster geben Sie die neue Kurzbezeichnung bzw. die Änderung der Stationebzeichnung oder weisen Sie eine andere Kennzeichnung zu.

Legen Sie **neue Stationen** über den Button <Neu> an.
Hierbei geben Sie in dem aufgeblendeten Fenster in die leeren Felder die Kurzbezeichnung und die Bezeichnung der Station ein und weisen Sie ein Kennzeichen zu.
Über Betätigung des Buttons <Übernehmen> wird die Station im System übernommen und steht in den Auswahllisten (z.B. bei Verlegung in der Entlassungsmaske) bereit.

Sie können für den Akutbereich wählen zwischen:
- Allgemeinstation
- Stroke Unit
- Überwachungseinheit
- Intensivstation

Sie können für den Rehabereich wählen zwischen:
- Frühreha - Intensivstation
- Frühreha
- Weiterführende Reha
- AHB

Falls Sie eine gemischte Station führen, d.h. auf einer Station liegen z.B. sowohl Patienten der Normalstation als auch der Stroke Unit, sollte Sie zwei Stationen anlegen, die sich aber für den Benutzer über den Namen unterscheiden:

a) Station C7 Normalstation (Kennzeichnung Normalstation)
b) Station C 7 Stroke Unit (Kennzeichnung Stroke Unit)

Achten Sie bitte auf die Vergabe des richtigen Kennzeichens, da nur anhand dessen die statistische Auswertung erfolgen kann!

Neuanlage eiens Benutzer ohne Gruppenzugehörigkeit
Neue Mitarbeiter werden über die Menüleiste unter dem Punkt <SDB V1.00b> <Programmeinstellungen> aufgerufen.

Betätigen Sie nun den Button <Benutzerverwaltung aufrufen>.
In dem sich nun öffnendem Fenster können Sie auf der linken Seite die bereits angelegten Benutzer gelistet sehen und auf der rechten Seite die jeweils zugeordneten Rechte.
Legen Sie nun einen neuen Benutzer über Aufruf des Buttons <Neu> an.
In dem sich nun öffnenden Fenster wählen Sie aus, ob Sie einen Benutzer oder eine Gruppe anlegen möchten. Wählen Sie hier „Benutzer“ aus.

Im nächsten Fenster geben Sie den Nachnamen des Benutzers an. Achten Sie darauf, dass Sie bei häufig verwendeten Nachnamen, Sie diesen eindeutig machen, z.B. indem Sie eine Zahl hinzufügen (Müller1).
Geben Sie dann das Kennwort ein und bestätigen Sie dies durch die Wiederholung der Eingabe.
Im nächsten Fenster wählen Sie bitte „Benutzer ist nicht Mitglied einer Gruppe“ aus und weisen Sie nun dem Benutzer seine Rechte zu. Im letzten Fenster haben Sie noch einmal die Möglichkeit, Ihre Angaben zu überprüfen. Beenden Sie den Dialog mit dem Button <Fertigstellen>.

Neuanlage eines Benutzer mit Gruppenzugehörigkeit
Neue Mitarbeiter werden über die Menüleiste unter dem Punkt <SDB V1.00b> <Programmeinstellungen> aufgerufen.

Betätigen Sie nun den Button <Benutzerverwaltung aufrufen>.
In dem sich nun öffnendem Fenster können Sie auf der linken Seite die bereits angelegten Benutzer gelistet sehen und auf der rechten Seite die jeweils zugeordneten Rechte.
Legen Sie nun einen neuen Benutzer über Aufruf des Buttons <Neu> an.
In dem sich nun öffnendem Fenster Wählen Sie aus, ob Sie einen Benutzer oder eine Gruppe anlegen möchten. Wählen Sie hier „Benutzer“ aus.

Im nächsten Fenster geben Sie den Nachnamen des Benutzers an. Achten Sie darauf, dass Sie bei häufig verwendeten Nachnamen, Sie diesen eindeutig machen, z.B. indem Sie eine Zahl hinzufügen (Müller1).
Geben Sie dann das Kennwort ein und bestätigen Sie dies durch die Wiederholung der Eingabe.
Im nächsten Fenster wählen Sie bitte „Benutzer ist Mitglied einer Gruppe“ aus und wählen Sie die Gruppe aus. Im letzten Fenster haben Sie noch einmal die Möglichkeit, Ihre Angaben zu überprüfen. Beenden Sie den Dialog mit dem Button <Fertigstellen>.

Wie lege ich Benutzergruppen an?

Falls Sie viele Benutzer zu verwalten haben sollten Sie sich Benutzergruppen anlegen! Hiebei vergeben Sie einer Gruppe bestimmte Rechte, welche dann auch für alle späteren Mitglieder dieser Gruppe gelten.

Rufen Sie über die Menüleiste unter <SDB V1.00b> den Menüpunkt <Programmeinstellungen> auf.

Betätigen Sie nun den Button <Benutzerverwaltung aufrufen>.
In dem sich nun öffnendem Fenster können Sie auf der linken Seite die bereits angelegten Benutzer und Gruppen gelistet sehen und auf der rechten Seite die jeweils zugeordneten Rechte.
Legen Sie nun eine neue Gruppe über Aufruf des Buttons <Neu> an.
In dem sich nun öffnendem Fenster Wählen Sie aus, ob Sie einen Benutzer oder eine Gruppe anlegen möchten. Wählen Sie hier „Gruppe“ aus.

Im nächsten Fenster geben Sie den Namen der Gruppe an, bespielweise "Administrator". Weisen Sie nun der Gruppe ihre Rechte zu. Im letzten Fenster haben Sie noch einmal die Möglichkeit, Ihre Angaben zu überprüfen. Beeneden Sie den Dialog mit dem Button <Fertigstellen>.

Bechten Sie die Vorschläge zur vergabe der Benutzerrechte!

Sie können folgende Benutzerrechte vergeben:

1. Abteilungen/Stationen/Krankenhäuser (Administratorrechte)

Der Benutzer darf neue Abteilungen, Stationen und Krankenhäuser in das System einpflegen.

2. Ärzteverwaltung (Administratorrechte)

Der Benutzer darf neue Ärzte in das System einpflegen.

3. Bearbeiten

Der Benutzer darf einen Patientendatensatz bearbeiten.

4. Benutzerverwaltung (Administratorrechte)

Der Benutzer darf neue Benutzer anlegen.

5. Datensätze wieder öffnen

Der Benutzer darf einmal geschlossenen Datensätze zur Korrektur wieder öffnen.

6. Entlassungen abschließen

Der Benutzer darf die Entlassung abschließen und so den Datensatz zum Export freigeben.

7. Nebendiagnosen/Risiken/Prozeduren bearbeiten (unbedingt Administratorrechte)

Der Benutzer darf die Hitlisten für Diagnosen und Prozeduren bearbeiten.

Jedem Benutzer können bestimmte Rechte zugeordnet werden.
Vorgeschlagen wird das Anlegen der folgenden Berechtigungsprofile:

Administrator
Alle Rechte inkl.:

a) Anlegen von Benutzern
b) Hitliste: Anlegen von Nebendiagnosen und Risikofaktoren sowie Prozeduren
c) Anlegen von Abteilungen und Stationen sowie Krankenhäuser
d) Wieder öffnen eines bereits geschlossenen Datensatzes

Oberärzte

a) Eingabe der Daten
b) Abschließen des Datensatzes in der Entlassungsmaske, somit Erzeugung der Exportfähigkeit

Allgemeiner Benutzer

a) Eingabe der Daten

Sekretariat

b) Nur lesenden Zugriff, keine Eingabemöglichkeit

TIPP: Ob Sie zwischen der Gruppe 2 und 3 unterscheiden möchten, hängt von den internen Kontrollstrukturen Ihrer Abteilung ab. Sollte jeder Benutzer auch einen Datensatz abschließen können, legen Sie alle Benutzer in der Kategorie „Oberarzt“ an.
Es ist aber ratsam, die Vollständigkeit der Eingabe durch einen Mitarbeiter der Abteilung überprüfen zu lassen, besonders da die Eingabe der Skalen zwar angemahnt wird, diese Mahnung aber ignoriert werden kann (vgl. Vorwort: offener Datensatz).

Bitte löschen Sie keine angelegten Benutzer, damit es bei den Auswertungen der Daten nicht zu Fehlinterpretationen kommen kann!
In Ausnahmefällen haben Sie aber die Möglichkeit, durch Markierung des entsprechenden Benutzers und Betätigung des Buttons <Entfernen> den angelegten Benutzer zu löschen.

Pflichtfelder können grundsätzlich nur duch **IVM** (Institut für Integrative Versorgung in der Medizin) gesetzt werden. Bei Fragen und Anregungen setzen Sie sich mit Ihrem DV-Administrator in Verbindung.

Sie haben die Möglichkeit, einzelne Datensätz der Patienten oder den gesamten Datensatz für die Masterdatenbank zu exportieren.

Um mit dem Datenexportmodul arbeiten zu können, rufen Sie in der Menüleiste <SDB V1.00b> <Datensätze exportieren> auf.
In dem sich nun öffnenden Fenster „Datenexport Modul“ werden zwei Registerkarten angezeigt.

Rufen Sie das Datenexportmodul in der Menüleiste <SDB V1.00b> <Datensätze exportieren> auf.

Vorgehensweise:

- Nach Aufruf der Registerkarte „MasterDB export“ wählen Sie bitte den Zeitraum für den Datenexport aus. Sie haben die Möglichkeit, einen bestimmten Monat eines Jahres oder über den Button <Alle> ein komplettes Jahr zu exportieren
- Wählen Sie nun das Exportmodul (Akut/amb. oder stat. Reahbilitation) aus
- Überprüfen Sie anschließend den Exportpfad und korrigieren Sie diesen ggf. über den Button .
- Über die Meldung „Der Vorgang wurde erfolgreich beendet“ zeigt Ihnen das Programm die den Abschluss des Vorgangs an
- Senden Sie den Datenträger an IVM

Bitte beachten Sie, dass nur vollständig abgeschlossene Datenätze angezeigt und somit auch exportiert werden können.

Datensätze eines Patienten (beispielsweise auf die Festplatte oder Diskette) können einzeln exportiert werden. Die Eingaben zu einem Patienten können so an Kliniken weitergegeben werden , welche ebenfalls an dem Qualitätssicherungsprogramm für Schlaganfallpatienten angeschlossen sind und auch die Software „SDB“ im Einsatz haben. Sie erhalten den Datensatz per Diskette. Natürlich erhalten die Kliniken nur „lesenden Zugriff“ auf die bereits eingegebenen Daten.

Vorgehensweise:

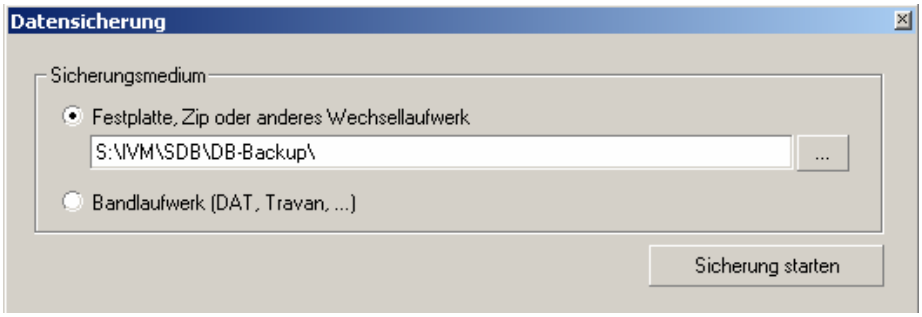
- Markieren Sie den zu exportierenden Datensatz
- Überprüfen Sie den Exportpfad und korrigieren Sie den Pfad ggf. über den Button
- Betätigen Sie den Button <Export>
- Über die Meldung „Der Vorgang wurde erfolgreich beendet“ zeigt Ihnen das Programm die den Abschluss des Vorgangs an

Bitte beachten Sie, dass nur vollständig abgeschlossene Datensätze in der Tabelle gelistet und exportiert werden können.

Für die Rücksicherung müssen Sie administrative Privilegien besitzen. Im Programmverzeichnis von SDB finden Sie die ausführbare Datei 'RESTORESDB.EXE'. Nach Aufruf des Programms und der Legitimation werden Sie aufgefordert, die Quelle anzugeben. Geben Sie den Dateinamen der Datei an, dessen Daten Sie zurück in die Datenbank spielen wollen.

Um Datenverlust zu vermeiden, ist es erforderlich die Datenbank wöchentlich zu sichern. Bei serverinstallierten Programmversionen wird dies durch Ihren DV-Administrator automatisch durchgeführt. Bei Stand – alone Installationen sollten Sie aber regelmäßig eine Datensicherung auf Band/Diskette/CD-Rom vornehmen.

Wählen Sie aus der Menüleiste <SDB V1.00b> den Punkt Datensicherung, um zu diesem Formular zu gelangen.



Es besteht die Möglichkeit, die SQL - Datenbank ‚Online' zu sichern, d.h. im laufenden Betrieb.

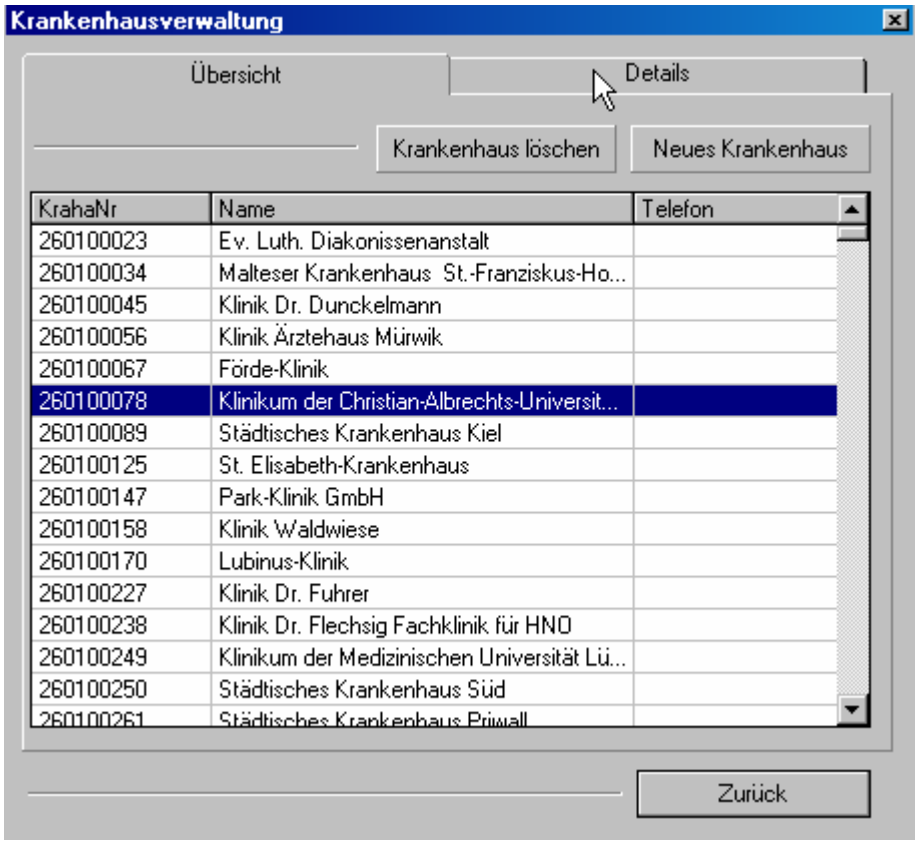
Zur Auswahl steht ein etwa im Rechner eingebautes Bandlaufwerk oder als anderes Ziel eine Datei auf einem beliebigen Medium (CD-Rom/Diskette).
Betätigen Sie <Sicherung starten>. Die erfolgreiche Sicherung wird vom Programm bestätigt.

Es besteht die Möglichkeit der Rücksicherung der Daten.

Über Drücken des Buttons

<Krankenhäuser> wird das Eingabefenster mit der vorgeblendeten Liste der bereits eingegebenen Krankenhäuser aufgerufen. Im Programm befinden sich über zweitausend Datensätze, die vom Benutzer kontinuierlich überarbeitet und gepflegt werden müssen.

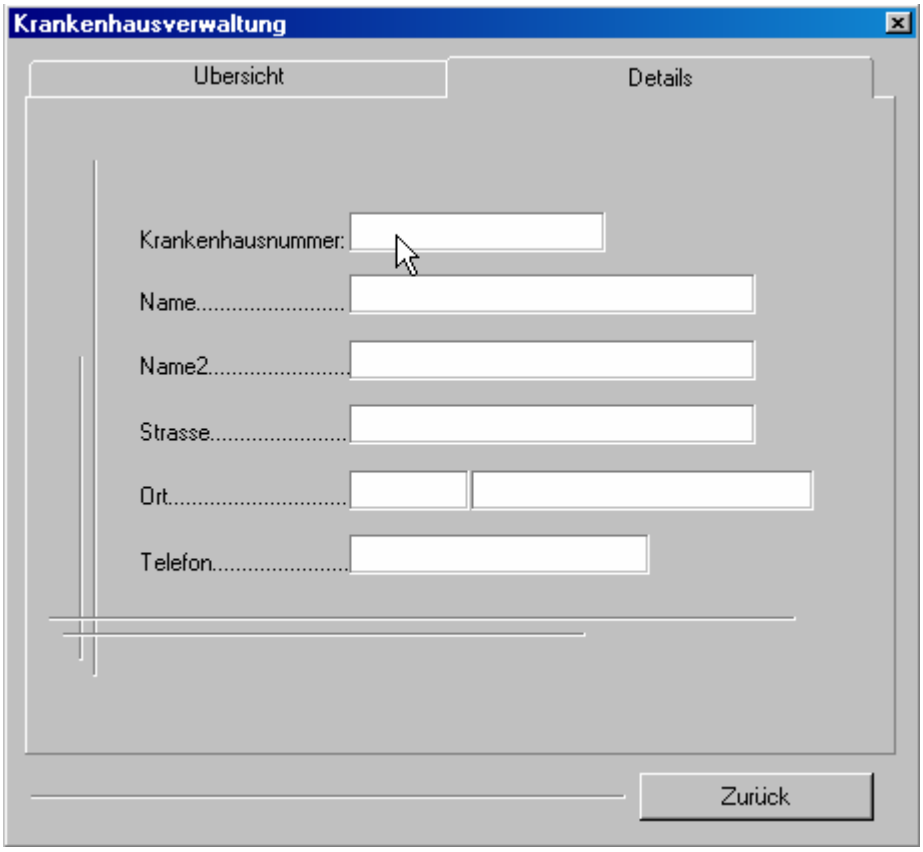
Zum **Bearbeiten** von bestimmten Krankenhausdaten markieren Sie die betreffende Zeile und rufen Sie die Registerkarte „Details“ auf.



Sie haben jetzt die Möglichkeit, alle Angaben zu ändern. Über den Button <**Zurück**> werden die Änderungen übernommen.

Zum **Löschen** eines Datensatzes markieren Sie die betreffende Zeile und betätigen Sie den Button <**Krankenhaus löschen**>. Der betreffende Datensatz wird sofort gelöscht und steht in der Auswahl nicht mehr zur Verfügung.

Zum **Eingeben** neuer Krankenhäuser betätigen Sie den Button <**Neues Krankenhaus**>. In der nun automatisch aufgeblendeten Registerkarte „**Details**“ haben Sie die Möglichkeit, das Krankenhaus einzugeben.



Geben Sie unter „Krankenhausnummer“ bitte das Institutionskennzeichen ein.

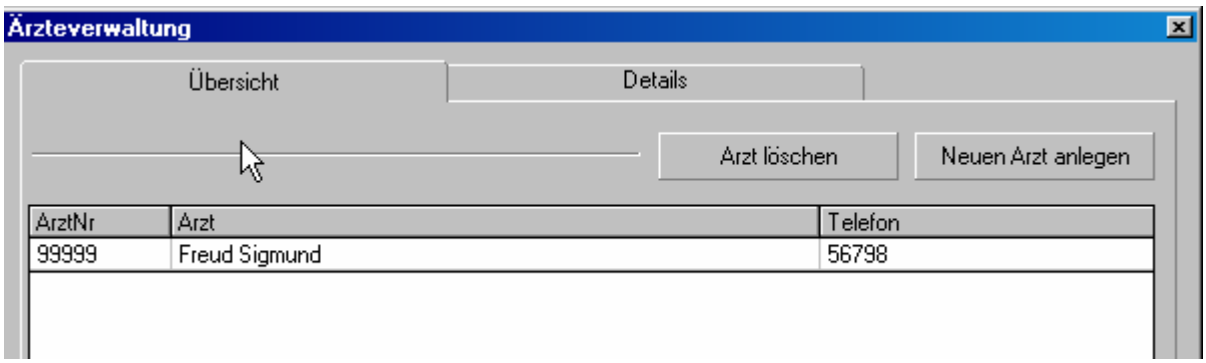
Sollten Sie das Institutionskennzeichen nicht kennen, geben Sie bitte vorläufig die Nummer 99999 ein (wird vom System vorgeblendet). Das Institutionskennzeichen können Sie in der Regel in Ihrer Verwaltung (Rechnungsabteilung) erfragen.

Nachdem Sie alle Felder ausgefüllt haben, übernehmen Sie den Datensatz in Ihre Liste, indem Sie wieder auf die Registerkarte „**Übersicht**“ gehen oder den Button <**Zurück**> betätigen. Das eingegebene Krankenhaus steht jetzt zur Eingabe bereit, z.B. in der Aufnahmemaske unter „externe Verlegung“.

An verschiedenen Stellen haben Sie während der Dokumentation der Patientenbehandlung die Möglichkeit, einen Hausarzt bzw. einen einweisenden oder zuletzt behandelnden Arzt zu dokumentieren.

Die Liste der Ärzte wird zentral im System angelegt und ist aufrufbar über den Button <**Ärzte**> in der Symbolleiste. Nach Drücken des Buttons <Ärzte> werden in dem nun aufgeblendeten Fenster zwei Registerkarten angezeigt:

- Übersicht
- Details



In der Registerkarte „**Übersicht**“ wird die Liste der bisher in das System eingegebenen Ärzte aufgerufen.

Zum **Löschen** eines Datensatzes markieren die betreffende Zeile und betätigen Sie den Button <**Arzt löschen**>. Der betreffende Datensatz wird sofort gelöscht und steht in der Auswahl nicht mehr zur Verfügung.

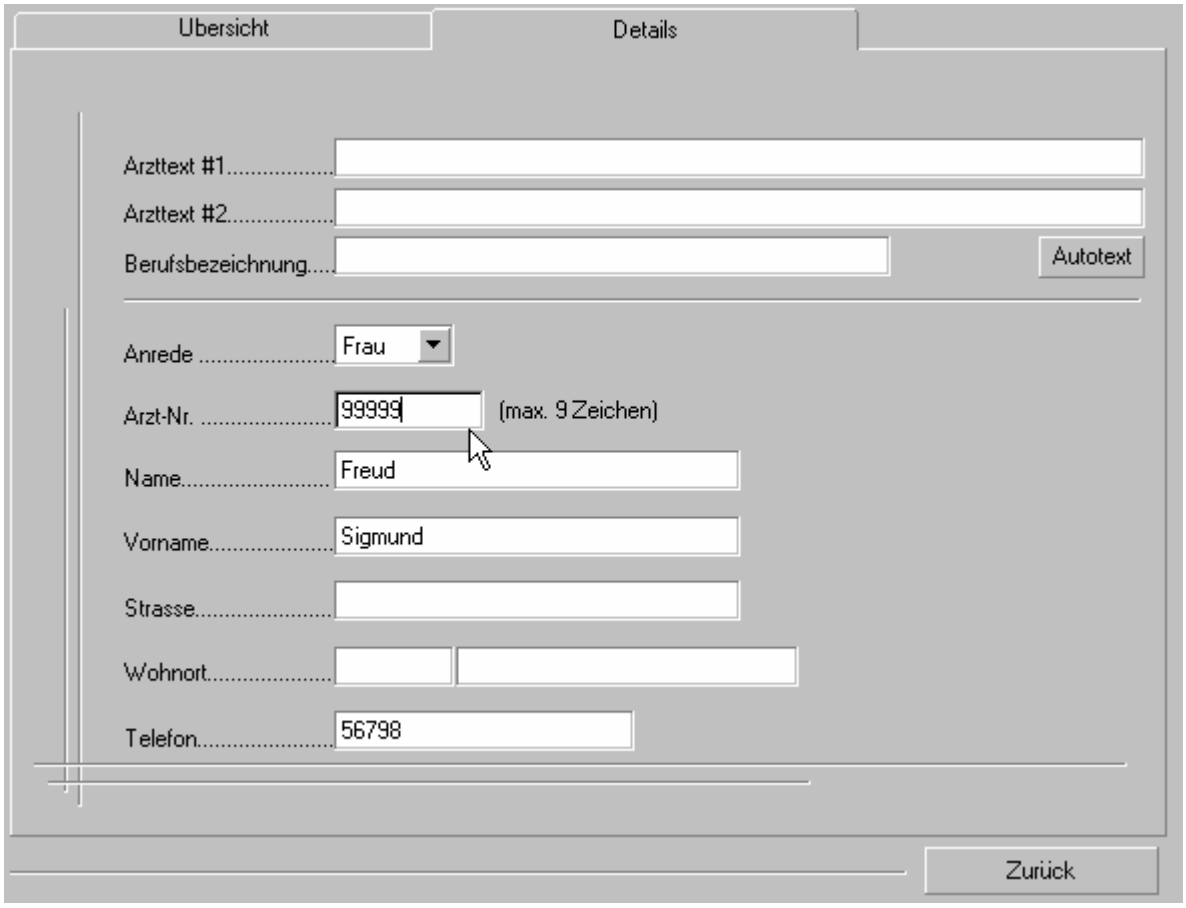
Zum **Eingeben** neuer Ärzte betätigen Sie den Button <**Neuen Arzt anlegen**>. In der nun aufgeblendeten Registerkarte „Details“ haben Sie die Möglichkeit, den neuen Datensatz einzugeben.

Geben Sie bitte im Feld „Arztnummer“ die KV-Nummer des Arztes an. Sollten Sie die KV-Nummer nicht kennen, geben Sie bitte vorläufig die Nummer 99999 ein (wird vom System vorgeblendet).

Die Felder „Arzttext#1“ und „Arzttext#2“ lassen Sie bitte frei.

Nachdem Sie alle Felder ausgefüllt haben, übernehmen Sie den Datensatz in Ihre Liste, indem Sie wieder auf die Registerkarte „Übersicht“ gehen oder den Button <**Zurück**> drücken. Der eingegebene Arzt steht jetzt zur Eingabe bereit (beispielweise in der Aufnahmemaske unter „Vertragsarzt“).

Zum **Bearbeiten** bestimmter Arztdaten markieren Sie die betreffende Zeile und rufen Sie die Registerkarte „**Details**“ auf. Sie haben jetzt die Möglichkeit, alle Angaben zu ändern. Über den Button <**Zurück**> werden die Änderungen übernommen.


Übersicht
Details
Arzttext #1
Arzttext #2
Berufsbezeichnung
Autotext
Anrede
Frau
Arzt-Nr.
99999
(max. 9 Zeichen)
Name
Freud
Vorname
Sigmund
Strasse
Wohnort
Telefon
56798
Zurück

Verwenden Sie die Statusnummern zum Programmieren von Suchfiltern.

Patientendaten

100000	Patientendaten komplett
100001	Patientendaten unvollständig

Akutbehandlung

00000	Aufnahmedaten komplett
200001	Aufnahmedaten unvollständig
200002	Aufnahme abgeschlossen
200004	Aufnahmedaten extern
300000	Behandlungsdaten komplett
300001	Behandlungsdaten unvollständig
300002	Behandlung abgeschlossen
400000	Entlassungsdaten komplett
400001	Entlassungsdaten unvollständig
400002	Entlassung abgeschlossen

Ambulante Rehabilitation

330000	Ambul. Behandlung komplett
330001	Ambul. Behandlung unvollständig
330002	Ambul. Behandlung abgeschlossen

Stationäre Rehabilitation

220000	Stat. Aufnahme komplett
220001	Stat. Aufnahme unvollständig
220002	Stat. Aufnahme abgeschlossen
220004	Stat. Aufnahme extern
320000	Stat. Behandlung komplett
320001	Stat. Behandlung unvollständig
320002	Stat. Behandlung abgeschlossen
420000	Stat. Entlassung komplett
420001	Stat. Entlassung unvollständig
420002	Stat. Entlassung abgeschlossen

Ausschluss

600000	Ausschlussdaten komplett
600001	Ausschlussdaten unvollständig
600002	Ausgeschlossen
600003	Ausschluss abgeschlossen

Follow - up

500000	Nachsorgedaten komplett
500001	Nachsorgedaten unvollständig
500002	Nachsorge abgeschlossen